BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

A mon ami le Dr. Magill.
merci de son aide toute cordiale

Dr. H. Bourbon.
127 bis rue du Ranelagh

DE LA

CYSTOCÈLE INGUINALE

RENCONTRÉE

AU COURS DE LA KÉLOTOMIE

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/delacystoclein00bour

DE LA

CYSTOCÈLE INGUINALE

RENCONTRÉE

AU COURS DE LA KÉLOTOMIE

995

PAR

Le Dr Henri BOURBON

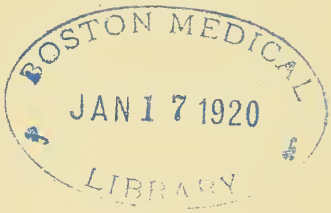
PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1892

23 J. 53
15169



DE LA CYSTOCÈLE INGUINALE

RENCONTRÉE AU COURS DE LA KÉLOTOMIE

INTRODUCTION

La cure radicale des hernies est certainement, parmi les opérations les plus délicates de l'art chirurgical, une des plus difficiles et des plus intéressantes.

Or, les cas ne sont pas rares où, au cours d'une kélotomie, le chirurgien se trouve en présence de faits inattendus, faute d'avoir pu établir avec certitude le diagnostic, le plus souvent minutieux, du contenu de la hernie.

L'aspect des parties herniées diffère d'un malade à l'autre. Les connexions du sac sont très variables. Ce sac, tantôt est vide, tantôt est habité, soit par l'intestin ou l'épiploon, soit par d'autres viscères.

Parmi les viscères contenus dans le sac herniaire ou adossés à lui, la vessie est celui qu'on a rencontré le plus rarement. En effet, M. J. Lucas-Championnière, sur 275 observations de cure radicale, n'observa que *deux cas* de hernie vésicale dans le canal inguinal.

Ayant assisté à un certain nombre de kélotomies, il nous a été donné de voir opérer une entéro-cystocèle inguinale.

Ce qui nous a frappé c'est d'abord la grande surprise causée au chirurgien par la présence de la vessie dans une hernie ; c'est ensuite la facilité avec laquelle les parois de cet organe se laissent déchirer. Et la lecture des observations concernant les kélotomies au cours desquelles on rencontra ce genre de cystocèle nous apprit que souvent, même, la vessie se trouva déchirée que l'opérateur ignorait encore qu'elle fût ouverte. Seules, les suites de l'opération vinrent, en semblable occurrence, révéler la véritable nature de la hernie opérée.

Dans le but de fournir des éléments au diagnostic de la présence de la vessie dans une hernie inguinale et afin de mettre en garde, autant que possible, les chirurgiens contre les accidents souvent mortels qui sont résultés de telles opérations, nous avons recherché les observations de cystocèle inguinale, et nous en avons avec soin disséqué les faits.

Ces faits, commentés, ont été rapprochés de celui que nous avons observé ; et, de l'analyse de toutes ces observations, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

I. — Dans toute opération de cure radicale, surtout s'il s'agit d'une hernie très douloureuse et relativement petite, il faut être prévenu de l'existence possible de la vessie dans le canal inguinal, *même s'il n'y a pas eu de troubles de la miction.* Car, un trouble de l'excrétion urinaire fait soupçonner la cystocèle inguinale, et le chirurgien la cherche alors, naturellement, au cours de l'opération.

Mais, c'est surtout dans le cas où la présence de la ves-

sie dans le canal inguinal ne donne lieu à aucun symptôme, qu'il est important de ne point se laisser surprendre.

II. — La cystocèle inguinale comprend deux variétés principales :

1° Elle est primitive, et alors elle résulte, le plus souvent, d'une malformation ou d'une lésion *congénitales*.

2° Elle est secondaire ; et dans ce cas la vessie est ordinairement entraînée par l'intestin. Cet entraînement s'opère par le moyen d'adhérences établies entre la paroi vésicale et la paroi intestinale ou l'épiploon enflammés.

III. — Le point capital du diagnostic n'est pas d'affirmer la cystocèle inguinale avant l'opération (diagnostic qui peut être très facile, ou très difficile), *c'est de reconnaitre la vessie au cours d'une opération de cure radicale.*

Parmi les signes plus ou moins nombreux que nous donnons plus loin, et que l'on doit du reste rechercher, il en est deux qui ont une grande valeur. Ce sont :

1° La présence d'une masse graisseuse d'un caractère spécial, indiquant la présence de la vessie qu'elle enveloppe. Elle se montre sous deux aspects différents au point de vue opératoire ;

2° L'épaississement notable du sac avec aspect rosé, dû à des fibres musculaires réticulées, lorsqu'on a enlevé la couche graisseuse présacculaire.

IV. — La cystocèle inguinale résultant le plus souvent d'un vice de développement, sinon d'adhérences péritonéo-intestinales, il est difficile, sauf dans certains cas exceptionnels, de ne pas léser la vessie.

Il est alors préférable de faire, antiseptiquement et de parti pris, l'ouverture de la vessie, qu'on fermera ensuite par trois plans de suture, suivant la méthode excellente de M. J. Lucas-Championnière.

On s'abstiendra autant que possible de lavage de la vessie, et surtout de cathétérisme.

Avant d'aborder l'étude du sujet dont nous venons de tracer l'exposé, nous prions M. le professeur Guyon d'agréer l'hommage de notre gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le Docteur J. Lucas-Championnière, sous l'inspiration de qui ce travail a été fait, nous considère comme son reconnaissant obligé, pour la peine qu'il a, tout aimablement, prise, de nous donner les indications nécessaires pour mener à bien nos recherches.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de témoigner de notre respectueuse estime envers nos maîtres MM. les Docteurs Troisier, Duguet et Terrier, dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie, ainsi qu'envers MM. les Docteurs Remy et Variot, du Laboratoire d'histologie, dont la sympathie envers nous s'est maintes fois manifestée.

Nous voulons que, tout particulièrement, notre maître et ami le Docteur H. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, reçoive ici l'assurance de notre sincère et dévouée affection; auprès de lui, depuis le début de nos études, nous avons

toujours trouvé un accueil dont la cordialité témoignait de l'intérêt qu'il nous portait.

Enfin, ce fut pour nous un rare bonheur de rencontrer en notre excellent ami M. Henri Brodier, interne des hôpitaux, un aide dévoué ; si le présent travail offre dans sa forme quelque intérêt, c'est à lui sûrement que nous le devons.

Nous prions M. le Dr Brodier (de Bazancourt), et M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux, d'agréer nos remerciements pour le tout aimable empressement qu'ils ont mis à nous communiquer les observations inédites reproduites dans le cours de ce travail.

BOSTON MEDICAL
JAN 17 1920
LIBRARY

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Pendant longtemps, la hernie inguinale de la vessie fut ignorée. C'est seulement à la suite d'erreurs de diagnostic qu'elle fut reconnue et observée. Ces erreurs de diagnostic étaient d'ailleurs faciles, car, ainsi que le dit Verdier dans son remarquable travail sur la hernie de la vessie :

« La hernie de la vessie (hernie cystique ou cysto-cèle) ne produisant pour l'ordinaire que des incommodités supportables auxquelles les malades remédient le plus souvent eux-mêmes, il n'est pas étonnant que plusieurs de ceux qui en ont été affligés aient gardé le silence ; aussi n'a-t-elle été découverte qu'après leur mort (1). » Ce sont donc les autopsies qui ont décelé la méprise des chirurgiens du XVIIIe siècle, qui le plus souvent, dans les cas de présence de la vessie dans le canal inguinal, ont cru avoir affaire, soit à une cystite calculeuse, soit à une hydrocèle, soit à un abcès.

De ce que les auteurs anciens n'ont pas fait mention de la hernie vésicale, il ne faudrait pas en conclure qu'elle constituât un fait exceptionnel. Même on peut dire qu'elle

(1) Verdier, *Recherches sur la hernie de la vessie. Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. II, Paris, 1753.

est devenue moins rare depuis qu'il est pour ainsi dire entré dans la pratique chirurgicale des hôpitaux, d'opérer tout individu jeune, porteur d'une hernie quelconque, et de lui faire la cure radicale. Nous ajouterons que les gens du peuple, qui d'ailleurs ont besoin de travailler, montrent en l'occurrence plus de bon sens que les gens riches, et réclament maintenant l'opération.

Il est alors permis de constater, *sur le vivant*, et *de visu*, la présence de la vessie dans le canal inguinal, cependant que sa présence ne donnât lieu à aucun symptôme qui permît de la faire soupçonner avant l'opération.

En recherchant dans les anciens livres de chirurgie, à quelle époque on commença de mentionner des cas de hernie inguinale de la vessie, nous avons appris qu'en 1520, Sala en observa un d'ailleurs très curieux.

Les détails de cette observation nous font totalement défaut : Sala ne la publia pas.

Thomas Bartholin nous rapporte seulement que Jean-Dominique Sala, son ancien maître et ami, avait soigné à Venise un homme « tourmenté des accidents de la pierre ». L'exploration de la vessie n'avait donné aucun indice de la présence d'un calcul vésical.

Le malade mourut. L'autopsie révéla l'existence d'un calcul ; mais ce calcul était situé dans une courte portion de la vessie qui avait franchi l'anneau inguinal, et située *en dedans* d'une portion de l'intestin grêle herniée dans le scrotum.

Après Bartholin, en 1688, Bligny, dans son *Traité des hernies*, fait mention de la hernie vésicale.

Pour Méry (1) la hernie de la vessie est une lésion toujours congénitale. Il cite, à ce sujet, l'observation d'un général de la congrégation d'une maison religieuse porteur d'une hernie inguinale, qui éprouvait pour uriner une difficulté telle qu'il était obligé de presser fortement sur la tumeur herniaire pour accomplir une miction. Il mourut à l'âge de 80 ans.

J. Petit, en 1717 combattit la théorie de Méry. Puis paraît la *Dissertatio medico-chirurgicalis de vesicæ urinalis hernia*, thèse de J. Petr. Divoux présidée par le Dr Salzmann (République argentine, 1732).

Ledran, Garengeot, La Faye, Heist et Platner, Monro, Levret, Scharp, Gunzius, font mention de la hernie inguinale de la vessie.

En 1753, parait le travail de Verdier dont Pipelet le jeune, disait (2) que « l'excellent ouvrage de feu M. Verdier semble avoir épuisé la matière sur un sujet aussi intéressant ».

Cet ouvrage est excellent en effet. Mais la matière est loin d'être épuisée.

Sur les 20 observations citées par Verdier, 11 seulement se rapportent à notre sujet.

La 1re, de Curade (d'Avignon), élève de Foubert, est celle d'un homme de 75 ans qui eut plusieurs rétentions d'urine. A l'autopsie on constata une cystocèle inguinale. La graisse prévésicale était mollasse et très abondante.

(1) *Mémoires de l'Acad. royale des sciences*, 1713.
(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

La 3e observation est très intéressante à signaler. Le malade ayant présenté des symptômes d'étranglement, un habile chirurgien de Paris fut mandé, mais arriva trop tard.

A l'autopsie on reconnut une cystocèle inguinale, et l'on trouva, dans la portion de la vessie située dans le scrotum, quatre pierres de la grosseur d'une aveline, et une cinquième dans la portion abdominale de la vessie.

Il s'en fallut donc de quelques heures pour que cet habile chirurgien fût le premier à rencontrer la hernie de la vessie au cours d'une kélotomie : l'histoire aurait laissé son nom à la postérité.

La 4e et la 5e observations relatent des cas qui donnèrent lieu à de sérieuses méprises.

D'une part, il s'agit d'un médecin de campagne qui, ayant pris une tumeur inguinale pour un abcès, l'incisa et ouvrit la vessie. Dans son embarras il fit appeler Guyon (de Carpentras).

Puis, c'est un « chirurgien de campagne » qui, croyant à un bubon vénérien squirrheux, appliqua un caustique sur la région inguinale, caustique qui détermina la formation d'une eschare ; à la suite de la chute de cette eschare, on vit s'échapper par la plaie un calcul.

Verdier relate aussi que Beaumont et Cervi, chirurgiens du roi d'Espagne, trouvèrent, à l'autopsie d'un de leurs malades, un calcul du volume d'un œuf dans une partie de la vessie herniée dans le canal inguinal. S'appuyant sur ce fait que ce malade était incommodé depuis l'enfance, ils

se crurent autorisés à conclure à un vice de conformation congénitale.

Terminons enfin par deux observations :

La 10e observation (janvier 1750) est de M. de la Porte qui constata une hernie double chez un domestique de 70 ans. Cet homme avait de fréquentes rétentions d'urine.

Il mourut ; et l'autopsie montra que la vessie s'était engagée d'une part, dans le canal inguinal droit, d'autre part, dans le canal inguinal gauche, et ressemblait « à une double besace repliée par les deux bouts ».

La 11e observation concerne une jeune dame de 23 ans, enceinte de six mois, qui consulta Simon et Levret. Cette dame avait une cystocèle inguinale que Verdier attribue à l'influence de la grossesse.

A la suite de ces observations, Verdier aborde l'étude de la pathogénie, que nous réserverons pour un prochain chapitre.

En 1840, un autre Verdier publia le *Traité pratique des hernies, déplacements et maladies de la matrice*. Cet auteur semble ignorer complètement le travail de son prédécesseur. A peine s'occupe-t-il de la cystocèle inguinale qui « en dehors d'une chute ou d'un coup sur le bassin, ne peut avoir lieu par les ouvertures inguinales, que si d'autres viscères les ont distendues ».

En 1758, Stalpart von der Wiel publie deux exemples très curieux de hernie de la vessie avec calcul, ayant déterminé une perforation de la peau, et s'étant ainsi frayé un chemin vers l'extérieur.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, insiste sur ce fait que la portion herniée de la vessie est toujours située en arrière du canal péritonéal et à sa face inférieure.

En 1857, Nélaton attribue à la cystocèle inguinale deux causes : d'abord une distension plus ou moins complète de la vessie, ensuite, un effort déterminant la hernie.

En 1861, Piedvache présente à la Société anatomique une observation de cystocèle inguinale avec adhérences de la vessie à l'intestin.

En 1875, Marchal rapporte une autre observation, où il est également fait mention d'adhérences à l'intestin. Cette observation doit faire date, en ce sens qu'elle a trait à un mode pathogénique que nous croyons très important.

En 1880, paraît le travail de Ch. Leroux (1). Dans ce travail plus important et plus complet, l'auteur étudie le mécanisme de la cystocèle ; il reconnaît une cystocèle primitive et une cystocèle secondaire, soit par glissement, soit par bascule. Il y étudie surtout le diagnostic de la cystocèle inguinale d'avec l'hydropisie du sac. L'observation qu'il rapporte, prise dans le service du professeur Verneuil, est des plus intéressantes, car le malade mourut de néphrite ascendante.

En 1881, Larabrie publia (2) une observation de cystocèle inguinale avec adhérences de la vessie au *fascia transversalis*.

(1) *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.*
(2) *Bull. de la Soc. anat.*

Jusque-là, on ne s'est guère occupé que de la symptomatologie, du diagnostic clinique, de l'étiologie et de la pathogénie de la cystocèle inguinale.

Nous avons cru important, nous dirons même nécessaire, de faire cet historique un peu détaillé ; car bien des points nous en seront d'une grande utilité dans l'étude de la pathogénie et de la symptomatologie.

Nous entrons maintenant dans une deuxième période, toute moderne, celle de la cure radicale que la conviction scientifique de M. J. Lucas-Championnière parvint à imposer après de véritables luttes.

On s'attache, d'une part, à reconnaître la vessie au cours de la cure radicale, d'autre part, à traiter la cystocèle.

Sauf le cas de Roux publié par Duchaussoy en 1853, les observations sont toutes contemporaines.

En 1881 paraît la thèse de de la Barrière, dans laquelle est rapportée l'observation de Krœnlein (1).

Puis la thèse de Duret 1883, sur les *Variétés rares de la hernie inguinale*. Il publie le cas de Berger et en étudie la pathogénie d'une façon détaillée. Il admet une cystocèle primitive, et une cystocèle secondaire, qu'il subdivise en deux variétés.

Le cas de cystocèle inguinale opéré par Israël est publié par Feilchenfeld (2).

Monod et Delagénière, en 1889, font paraître un travail (3) sur la cystocèle inguinale, dans lequel ils se fondent

(1) Qui date de 1876.
(2) *Klinische Wochenschrift*. Berlin, 1887.
(3) *Revue de chirurgie*, 1889.

sur l'analyse de trois observations dont deux appartiennent à M. J. Lucas-Championnière et dont la troisième leur est personnelle. Ils n'admettent que la cystocèle primitive.

En octobre 1889 (1), M. Guelliot (de Reims) annonce, par une observation personnelle, qu'il est souvent difficile, au cours d'une opération de cure radicale, de reconnaître la cystocèle ; il insiste, à la suite de sa communication, sur les troubles de la miction, les modifications de la tumeur par distension de la vessie, la tension du périnée, et, après la mise à nu de la hernie, sur ses rapports avec le cordon, la difficulté de la libérer, et en déduit l'aspect même de la tumeur.

En 1890, Hedrich, assistant de MM. les Drs Bœckel, publie un travail d'ensemble sur la question de la cystocèle inguinale rencontrée au cours de kélotomie (2).

Dans ce travail, il rapporte 10 observations dont 2 sont personnelles à MM. Bœckel.

Quelques mois après, Hedrich publie une 11e observation concernant un opéré de Bœckel (3).

Thiriar, en 1891, publie une 12e observation qui lui est personnelle (4).

A ce cadre de 12 observations, nous en ajoutons une 13e,

(1) 4e session du Congrès français de chirurgie.

(2) Recherches pratiques sur le diagnostic et le traitement de la cystocèle inguinale rencontrée au cours d'une kélotomie par le Dr Hedrich, assistant de MM. les Drs Bœckel, *Gazette médicale Strasbourg*, 1890.

(3) Hedrich, Contribution à la cure radicale de la cystocèle inguinale, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1890.

(4) Thiriar, *Entretiens chirurgicaux de l'Hôpital St-Jean*, 1891.

qui est celle d'un malade opéré par M. Polaillon, dans le courant de l'année 1891, observation inédite.

Puis, en 1892, M. le Dr J. Lucas-Championnière, consacre, dans son grand travail sur la cure radicale de la hernie (1), un chapitre à l'étude de la cystocèle.

Enfin, il y a quelques jours, le 11 juillet, M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux, fut appelé à Tenon pour un cas de hernie étranglée. Au cours de la kélotomie, il rencontra la presque totalité de la vessie qui avait fait hernie *par bascule* à travers le canal inguinal très élargi. Le diagnostic fut fait *pendant l'opération*.

(1) Dr J. L. Championnière, *Cure radicale des hernies*, 1892.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Avant d'aborder l'étude pathogénique de la cystocèle inguinale, nous ferons remarquer que la cystocèle inguinale simple est relativement rare, puisque, sur les 13 observations que nous publions, il n'en existe qu'un seul exemple, publié par MM. Monod et Delagénière.

Toutes les autres observations ont trait à des cysto-entérocèles, ou à des entéro-cystocèles. A l'étude du mécanisme de la cystocèle inguinale, se rattache d'ailleurs celle de l'anatomie pathologique.

Méry est le premier qui fait de la cystocèle inguinale, une lésion congénitale. Mais il la fait toujours congénitale.

Verdier insiste, ensuite, sur l'altération et la flaccidité des parois vésicales et distingue deux cas :

1° Cystocèle inguinale ;

2° Entéro-cystocèle inguinale.

Quand il existe simplement de la cystocèle, la vessie s'engage par sa face antérieure qui est dépourvue de péritoine : il n'y a pas de sac herniaire.

S'il s'agit d'une entéro-cystocèle, la vessie est entraînée par le péritoine pariétal qui vient former le sac ; il en résulte, d'après Verdier, que la vessie n'est pas dans le sac, mais qu'elle est *adossée* au sac.

Comme on le voit, Verdier a étudié avec soin, surtout l'anatomie pathologique, et a montré la production de la hernie par le glissement, constituant la cystocèle secondaire, en opposition à la cystocèle primitive.

Nélaton attribue à la paralysie plus ou moins complète de la vessie, la cause première de la hernie. Frappé de la rareté de cette lésion chez l'enfant et de sa fréquence chez le vieillard, il pense que la vessie se laisse distendre, et que c'est la rétention qui est la cause principale de la hernie, la cause secondaire étant un effort survenant quand la vessie est distendue.

Nélaton est donc un partisan de la cystocèle primitive.

Leroux reconnaît une cystocèle primitive et une cystocèle secondaire, celle-ci étant consécutive à une hernie intestino-épiploïque primitive. Des brides épiploïques se fixent aux parois vésicales, font *basculer* le bord puis le fond de la vessie recouverte de son péritoine et l'entraînent dans le sac.

Duret admet également deux variétés de cystocèle.

1° *Une cystocèle primitive.* — Dans ce cas, il n'existe pas de sac herniaire pour la vessie, qui s'engage par sa face antérieure.

Il y a donc *absence de sac* si la hernie vésicale est *petite*.

Mais, si la hernie est *plus volumineuse*, on comprend que la partie recouverte de péritoine soit entraînée.

Il existe alors un *sac incomplet*.

2 *Une cystocèle secondaire.* — C'est la hernie interne, par glissement, de Verdier.

Mais il distingue :

a). Une première variété qu'il appelle : *tumeur herniaire avec adossement de la vessie.* C'est le cas le plus fréquent.

b). Une seconde variété qu'il dénomme : *tumeur herniaire avec intussusception de la vessie*, et qui répond à la hernie par bascule de Leroux.

Dans ce cas, le sommet de la vessie est dans le canal ; la vessie se trouve comprise *dans le même sac que l'intestin.*

MM. Monod et Delagénière font de la cystocèle inguinale une affection toujours primitive. Ils se rattachent à la théorie émise par Nélaton, et comparent le mécanisme de la hernie vésicale à l'encapuchonnement céphalique de l'embryon. S'appuyant sur les observations de cystocèle inguinale simple, ils décrivent quatre variétés de cystocèle inguinale, ou lui font franchir quatre étapes successives.

1re Etape : Lipocèle vésicale simple.

2e » : Lipocèle vésicale accompagnée d'entérocèle.

3e » : Cystocèle confirmée { avec sac habité. / avec sac non habité.

4e » : Cystocèle confirmée sans sac. C'est quand, exceptionnellement, le péritoine est adhérent dans le petit bassin : la vessie glisse sous le péritoine, et s'engage dans le canal.

D'après eux c'est toujours la partie antéro-externe de la

vessie qui pénétrerait la première dans le canal, la partie interne étant fixée au bord interne de l'anneau inguinal, et formant comme un pivot autour duquel se produit l'expansion de la vessie herniée, aux dépens, donc, de la portion recouverte par le péritoine.

Hedrich pense que la forme primitive constitue la règle. D'après lui, le relâchement simple des ligaments de la vessie ou la parésie des parois, ainsi que le pensent MM. Monod et Delagénière, sont des causes suffisantes, si on y ajoute une certaine dilatation de l'anneau, pour déterminer la pénétration de la vessie dans le canal.

Ce mécanisme serait somme toute celui des hernies ordinaires.

Mais, si Hedrich admet la paralysie musculaire de la vessie comme cause première, il ne pense pas, comme Monod et Delagénière, que l'accumulation de graisse constitue une amorce vésicale.

Hedrich est donc surtout partisan de la cystocèle primitive. Mais il reconnaît, plus rarement, une cystocèle secondaire, et il attache, à ce sujet, une certaine importance aux grossesses.

Il reconnaît que la cystocèle peut se produire, soit par bascule, soit par glissement ; aussi à propos du revêtement péritonéal de la vessie donne-t-il la formule suivante :

1° Formation par glissement primitive.
» » » secondaire.
Absence du sac ou adossement de la vessie au sac ;

2° Formation par entraînement secondaire.

Absence du sac ou adossement de la vessie au sac herniaire ;

3° Formation par bascule primitive.

» » » secondaire.

Sac complet, ou intussusception de la vessie herniée, de Duret.

Comme on peut le voir après l'exposé de ces diverses théories, presque tous les chirurgiens reconnaissent deux espèces de cystocèle, et il existe en effet une cystocèle inguinale primitive et une secondaire.

Mais, nous ne partageons pas l'opinion de Hedrich, ni celle de MM. Monod et Delagénière ; nous ne pensons pas qu'on puisse faire une hernie de la vessie, comme on fait une hernie ordinaire.

D'après nos recherches, deux mécanismes nous semblent bien distincts, et répondent d'ailleurs à deux types cliniques différents.

1re Théorie. — La cystocèle inguinale est le résultat d'une malformation congénitale de la région et de la vessie. — Cette théorie est celle de M. J. Lucas-Championnière, fondée sur l'histoire des malades, la disposition de la masse graisseuse, la forme de la hernie, l'amincissement des parois vésicales.

1° *Histoire du malade.* — Elle diffère de l'histoire du herniaire vulgaire, à savoir : l'effort, et la faiblesse de la paroi abdominale favorisant la production de la hernie.

La cystocèle se produit à une époque qu'on ne peut fixer ; la hernie remonte à l'enfance.

2° *Disposition de la masse graisseuse.* — La masse graisseuse, jaunâtre, diffère tout à fait de celle que l'on rencontre au voisinage du sac, et devant lui. Ce n'est pas un lipome vésical.

En examinant bien les caractères de cette masse adipeuse, on lui trouve un aspect bien particulier qui est spécial à certaines hernies inguinales congénitales. Cette masse graisseuse est intimement unie au sac herniaire par de solides tractus fibreux, au voisinage desquels se trouvent de petits kystes, vestiges d'une disposition certainement congénitale ; car on retrouve de semblables kystes non seulement près des hernies congénitales, mais encore aux environs des hydrocèles congénitales.

Ces connexions avec de petits kystes serrés contre le sac séreux, la présence de ces tractus fibreux très résistants sont deux caractères très importants de la transformation primitive de la région.

Ces pelotons graisseux spéciaux avaient d'ailleurs été bien étudiés chez l'opéré de Roux. « La graisse, dit Duchaussoy, forme des pelotons ; l'un d'eux, situé à l'extrémité inférieure de la vessie, a le volume d'une grosse noix, et, à la coupe, se présente sous l'aspect d'une agglomération de granulations dures et lisses, du volume d'un grain de blé, séparées par un feutrage de lamelles résistantes ». Quelquefois, la graisse semble être formée tout entière de tissu séreux. C'est un autre aspect de l'origine congénitale qui n'est pas plus rare.

3° *Forme de la hernie.* — La cystocèle inguinale se pré-

sente sous la forme d'une petite tumeur herniaire, adhérente à la partie interne du canal inguinal, et très douloureuse, bien que peu serrée.

Le canal, qui réunit la portion herniée de la vessie à la portion abdominale, est loin d'être toujours perméable, et, dans quelques cas, comme dans l'observation de Feilchenfeld, la cystocèle semble bien être un simple diverticule de la vessie.

4° *Amincissement des parois.* — L'agrandissement de la vessie n'est pas le caractère le plus important. Ce qui est remarquable, c'est la facilité avec laquelle les parois vésicales se laissent déchirer. Il n'y a pas un simple amincissement : il y a bien là une friabilité tout à fait spéciale, et qui est en rapport avec la déformation de l'organe.

2e Théorie. — La cystocèle inguinale est secondaire, et produite par les adhérences de la vessie avec le sac herniaire.

Il suffit de parcourir les observations pour s'apercevoir que, dans la plupart des cas, les individus atteints de cystocèle inguinale étaient porteurs de hernies réductibles, depuis cinq, dix, quinze ans. Ces hernies, soumises à des bandages compressifs, plus ou moins bien appliqués, n'ont pas été sans être irritées, au moins chroniquement. Ajoutons à cela que souvent les bandages sont maladroitement adaptés. Voilà bien des raisons pour déterminer des adhérences du sac herniaire. Or, l'intestin hernié siège sur la vessie du côté de la hernie, et alors, s'il se forme des brides, des adhérences, elles se fusionnent avec les parois

vésicales et entraînent la vessie, constituant ainsi l'entéro-cystocèle inguinale.

L'entérocèle prédominant d'abord, la vessie semble adossée à un sac herniaire ordinaire dans lequel se trouvent les anses de l'intestin.

Si la cystocèle s'accroît, le péritoine, après avoir tapissé la vessie herniée, se réfléchit sur lui-même et se continue avec le péritoine pariétal.

Il semble alors que la vessie a pénétré dans un sac herniaire ordinaire, en plongeant par le sommet.

Donc, à côté de la cystocèle *congénitale*, d'aspect tout à fait spécial, il existe une cystocèle *secondaire* présentant des caractères bien moins nets.

Deux autres mécanismes, d'une façon exceptionnelle, peuvent déterminer une hernie inguinale de la vessie :

1° La présence d'une tumeur abdominale, *physiologique*, telle la grossesse (1), ou *pathologique*, telle la présence d'un kyste hydatique intra-pelvien (Observation de Maurice Constant Perrin) (2).

2° L'entraînement de la vessie par le revêtement périnéal, quand l'anneau est large et que la masse herniée est d'un certain volume. Et dans ce cas la hernie vésicale se fait par *bascule* (Observations de Méry, Brodier, Walther).

(1) Ce qui est rare, les observations de cystocèle inguinale chez la femme faisant presqu'entièrement défaut, malgré la capacité plus grande de l'organe et sa forme plus élargie.

(2) *Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 412. Kyste hydatique du petit bassin ayant déterminé une hernie de la vessie.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Il est très difficile, pour ainsi dire impossible de reconnaître le début de la cystocèle inguinale, et de savoir à quel âge de la hernie elle se produit. Nous prenons ici le cas le plus fréquent qui est celui de la cystocèle inguinale compliquant une hernie inguinale ; les cas de hernie inguinale de la vessie *seule* constituent en effet une exception : un des plus remarquables est celui que Monod et Delagénière ont rapporté.

Si nous ne savons préciser ce que l'on pourrait appeler la pointe de hernie vésicale, nous pourrons examiner ici l'histoire de la cystocèle inguinale : elle se présente sous deux formes cliniques bien différentes, qui, d'ailleurs, se rapportent à la pathogénie.

a) Ordinairement, nous dirons neuf fois sur dix, voici comment les choses se passent : un individu est porteur d'une hernie, depuis son enfance ; que cette hernie se soit produite brusquement à la suite d'un effort, ou, progressivement, à cause du défaut de résistance des parois abdominales, peu importe.

Cette hernie est réductible ; aussi le malade ne s'en inquiète guère. Mais souvent, au bout d'un certain temps, il

consulte, et se décide à porter un bandage. S'il s'agit d'un journalier ou d'un manœuvre, et c'est le cas le plus fréquent, ce bandage est plus ou moins bien appliqué : quelquefois, il comprime une hernie non complètement réduite.

Au bout d'un certain nombre d'années, 2, 3, 5, 10 et même 15 ans, la hernie ne se réduit plus qu'incomplètement, et même, devient irréductible. Alors, des accidents de pseudo-étranglement, ou d'engouement peuvent se produire. La hernie devient parfois très volumineuse, et le malade ne peut plus uriner qu'en employant certains artifices. Dès lors, on est amené à rechercher les signes présentés par la hernie de la vessie, compliquant celle de l'intestin.

b)Bien différent est le second mode de début. Le malade s'aperçoit, souvent par hasard, d'une légère saillie au niveau de l'aine ; cette saillie est très douloureuse à la pression, et est irréductible, ou tout au moins elle n'est réductible qu'en partie.

Or, tandis que dans le premier cas, le malade ne souffre pas, nous voyons que, dans le second, la tumeur, bien que moins considérable, est très douloureuse.

Dans le premier cas, c'est le début banal des hernies. Dans le second le début est tout à fait spécial.

Nous n'entrerons pas, la cystocèle inguinale constituée, dans l'étude des signes des hernies inguinales, qui, ordinairement, compliquent la hernie de la vessie. Nous ne signalerons que les caractères spéciaux, ou du moins l'en-

semble des troubles qui entrent dans le cadre clinique de cette affection.

Ces signes sont de deux ordres : *fonctionnels* ou *physiques*.

I. — Signes fonctionnels.

1° Troubles urinaires. — Dans le cas présent, les troubles urinaires sembleraient devoir prendre une importance considérable.

A priori, on pourrait penser qu'une portion de vessie herniée déterminât des troubles considérables de la miction. Souvent, en effet, la miction se trouve modifiée, et à cet égard, il est intéressant de revoir l'observation de G. Marchant, concernant un malade qui tantôt avait de l'incontinence d'urine, tantôt de la rétention.

L'incontinence d'urine s'explique facilement par ce fait, que l'anse d'intestin herniée, se remplissant de matières fécales, occupe à elle seule tout l'espace que lui offre le sac herniaire, la portion herniée de la vessie ne peut se remplir d'urine ; d'où l'incontinence.

La rétention se comprend facilement chez le même malade ; car il suffit qu'à un moment donné les matières qui obstruent l'intestin trouvent leur issue naturelle, pour que la vessie herniée puisse se dilater dans le sac, et alors l'urine s'accumule dans cette portion ectopique, réduisant l'intestin au minimum de volume, et le malade éprouve de la rétention.

Cette sorte de bascule, entre la réplétion de la vessie et celle de l'intestin, s'observe assez rarement. De tels troubles urinaires apparaissent ordinairement quelques années après la production de la hernie. Mais il s'en faut de beaucoup qu'ils soient la règle : le plus souvent, ils font défaut, les observations de M. J. L. Championnière le prouvent surabondamment.

2° Douleur. — La douleur est vive, et se manifeste sous deux formes.

Ou bien c'est une sorte de point douloureux partant de la région tout à fait interne, du pli de l'aine et s'irradiant vers l'abdomen ; ou bien ce sont des douleurs plus vagues, sans localisation bien nette, rappelant celles des coliques. La douleur apparaît une heure ou deux après le déjeuner. Après le dîner, elle se manifeste beaucoup plus rarement, et même fait défaut si le malade se couche tout aussitôt. L'absence de douleur doit être imputée au décubitus ; et, ce qui le prouve, c'est que, si le malade est debout, il ressent des tiraillements dans la partie herniée, et si la hernie est volumineuse, il en rapporte le siège à la partie interne, vers le pubis.

Ce tiraillement se produit, selon toute probabilité, au moment où la partie herniée de la vessie se laisse distendre par l'urine.

3° Enfin, il est un signe fonctionnel qui, joint aux autres, peut avoir une certaine importance, c'est la sensation de pesanteur ressentie par le malade quand il éprouve de la

rétention d'urine, sensation localisée à la partie latérale de l'abdomen.

II. — Signes physiques.

1° Caractères de la tumeur. — *a*) *Volume.* — Ou la tumeur herniaire est toute petite et bien limitée dans la partie interne du pli de l'aine au niveau du canal inguinal ; ou bien, au contraire, elle est très volumineuse.

b) *Consistance.* — Dans le cas de hernie petite, la consistance est molle ; la sensation donnée à la main est celle d'une tumeur herniaire non serrée, et cependant, cet examen manuel, même délicatement pratiqué par une main exercée, cause au patient une très grande douleur.

S'il s'agit d'une hernie volumineuse, il existe à côté de la consistance ordinaire de l'entéro-épiplocèle inguinale, vers la partie interne, une consistance spéciale de la tumeur. Ce n'est pas une tumeur dure qui est perçue par la main, mais une masse de consistance plutôt pâteuse, rappelant un peu celle que donne le lipome diffus.

Rarement on arrive à produire une fluctuation bien nette.

c) *Irréductibilité.* — L'irréductibilité est la règle. Elle peut se produire d'emblée, et alors elle s'accorde avec la théorie de la lésion congénitale. Mais, le plus souvent, elle se manifeste au bout d'un certain temps, et le deuxième mode pathogénique nous donne, là encore, la clef de cette irréductibilité.

2° Connexions de la tumeur herniaire avec la vessie. — Les relations de l'une avec l'autre peuvent être manifestes : il nous suffit de citer ici les observations de Méry et l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Brodier, que nous résumerons en quelques mots.

X..., cultivateur à Warmeriville, âgé de 65 ans, est actuellement porteur d'une hernie inguinale gauche excessivement volumineuse qui descend jusqu'à mi-cuisse. Cette hernie, qui s'est produite vers l'âge de 18 ans, a, peu à peu, augmenté de volume, au point d'atteindre actuellement la dimension d'une hernie ayant perdu droit de domicile ou, plus exactement, d'une éventration inguinale. Aucun bandage, actuellement, ne peut la contenir. L'exploration du contenu de cette tumeur, est, dans le cas présent, très difficile, parce que le sujet est gros et présente de la surcharge graisseuse. En y mettant le temps, de dix diminutes à un quart d'heure environ, on parvient à faire rentrer sa hernie presque complètement ; c'est dire que l'anneau inguinal est très large. Il y a cependant, vers la partie interne de cet anneau, une masse plus résistante mais qu'il est difficile d'explorer en raison de l'épaisseur du tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Ce malade se porte très bien, malgré son obésité et un emphysème pulmonaire considérable. Une seule infirmité le désole, subitement apparue depuis un an seulement : il ne peut uriner seul. Ses deux mains soutenant la tumeur herniaire ne suffisent pas pour produire l'émission de l'urine ; il est nécessaire qu'une seconde personne vienne presser fortement en haut de l'ensemble de la hernie, pour que la miction puisse s'accomplir.

Dans ce cas il est bien évident que la masse de l'intestin, hernié depuis longtemps, a peu à peu contracté quelques adhérences avec la vessie, et, dans sa descente progressive

à travers le canal inguinal a fini par entraîner avec elle une portion de cette vessie à laquelle elle s'est accolée, chemin faisant.

Les relations s'établissent quelquefois par le fait de l'augmentation de volume de la tumeur, à la suite d'une rétention d'urine et sa diminution après la miction ; mais ces phénomènes physiques ne peuvent s'observer que si l'on est en présence d'une cystocèle de peu de volume.

Les relations de la tumeur herniaire avec la vessie peuvent ne point être reconnues, et cela malgré des injections vésicales d'eau boriquée.

Même au cours de la kélotomie, l'injection de liquides dans la vessie ne donne aucun résultat positif, bien qu'une partie de la vessie se trouve dans la tumeur. Mais, chose curieuse, le résultat cesse d'être négatif lorsque le pédicule a été incisé. Notons, en passant, que la surdistension de la vessie par l'injection cesse d'être douloureuse.

3° Examen des anneaux. — En explorant le canal inguinal, on se rend généralement bien compte de la configuration de la partie externe de l'orifice inférieur de ce canal ; mais, la partie interne est difficile à sentir : elle semble doublée par une masse de consistance pâteuse.

On se rend bien plus facilement compte de l'existence de cette masse lorsque la hernie est de petit volume.

Si l'on fait tousser le malade, la partie interne de la tumeur ne subit pas d'expansion, comme la partie externe : elle paraît immobile et comme fixée au bord interne du canal inguinal.

4° Examen du cordon. — Deux caractères nous semblent devoir être pris en considération : c'est d'abord le volume des veines du cordon ; c'est ensuite le volume même de ce cordon.

Les veines du cordon sont en général volumineuses, et en particulier, dans les observations de Bœckel et de Thiriar, on voit que des masses de veines œdématiées et thrombosées furent enlevées. Il y a là une sorte de varicocèle, produite probablement par les adhérences de la vessie herniée au cordon, et la compression des éléments de celui-ci.

Tandis que, dans la hernie ordinaire, les éléments du cordon sont étalés en éventail sur la paroi postérieure du sac, dans la variété compliquée de cystocèle, ils restent groupés jusqu'au niveau de la tumeur, sous laquelle ils disparaissent en masse.

Il est intéressant de connaître cette symptomatologie, parce qu'elle constitue un ensemble de signes, dont nous nous proposons de discuter plus loin la valeur au point de vue du diagnostic.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

On voit que, d'après les observations publiées, le diagnostic de la cystocèle inguinale a été fait rarement. Presque toujours, c'est à l'autopsie, ou au cours d'une kélotomie, par l'incision involontaire de la vessie, que cette lésion a été reconnue. Parfois même c'est la présence seule de l'urine, mouillant les pièces du pansement qui a manifestement prouvé l'existence d'une entéro-cystocèle inguinale. L'observation de Guelliot est à cet égard absolument démonstrative.

Il est extrêmement difficile de diagnostiquer une cystocèle inguinale, non seulement avant, mais même pendant l'opération de la cure radicale. C'est pour cette raison que Roux (1853), Berger (1882), Israël (1887), Eug. Bœckel (1887), Guelliot (1889), Polaillon (1892), ont incisé la vessie, et que M. L. Championnière en 1887 et 1888, Thiriar (1889) l'ont déchirée en procédant à l'isolement du sac.

M. Championnière procède avec délicatesse à cette dissection du sac : jamais il ne la fait avec les doigts, mais à l'aide d'une pince et de ciseaux très fins. Or, dans ces cas, il est absolument certain que ne point léser la vessie était im-

possible ; il s'agissait en effet dans les deux observations de ce chirurgien, d'une cystocèle congénitale.

Sur 13 cas de cystocèle inguinale rencontrée au cours d'une opération de cure radicale, 9 fois la vessie a été ouverte, à la stupéfaction du chirurgien, qui parfois a hésité à admettre immédiatement que c'était bien la vessie qu'il avait ouverte.

Deux fois la cystocèle inguinale a été reconnue au cours de l'opération (Eug. Bœckel et Krœnlein) ; une fois elle a été soupçonnée au cours de l'opération (Monod et Delagénière), mais dans ce cas la vessie faillit être ouverte. C'est dire que le diagnostic est extrêmement délicat.

A. Diagnostic avant l'opération. — Nous passerons rapidement sur ce diagnostic.

Nous ne sommes plus au temps où l'on confondait les hernies avec les abcès de la région. Nous ferons seulement remarquer la rareté du phlegmon préherniaire inguinal, dans les cas de cysto-entérocèle, bien que cependant il existe une masse graisseuse. Ce n'est pas une masse adipeuse semblable à celle que nous trouvons par exemple au-devant des hernies ombilicales, et qui souvent est le siège, après des irritations répétées, du phlegmon de l'ombilic. Nous avons donné les caractères de cette masse graisseuse. Nous ne ferons que citer, d'ailleurs, au point de vue historique, la confusion qui fut faite d'une cystocèle inguinale avec un bubon vénérien.

Dans un nombre de cas très restreint, le diagnostic sera facile.

Lorsqu'un malade souffrant de rétention d'urine voit le volume de sa hernie augmenter au moment de la rétention pour diminuer après la miction, il est bien évident qu'une partie de la vessie se trouve dans la masse herniée. Pour uriner, le malade est obligé de presser sur sa hernie (observations de Méry, de Petit, de Ruysch, de Feilchenfeld, de Brodier). Les relations des deux portions de la vessie sont alors visibles.

Mais il s'en faut de beaucoup, le plus souvent, que les choses se passent de la sorte. Aussi faut-il rechercher d'autres éléments de diagnostic.

Les moyens d'exploration à employer sont les suivants:

I. Palpation. — Si d'une main l'on reconnaît une tumeur pâteuse collée à la partie interne de l'anneau inguinal, et si de l'autre main l'on suit en même temps le cordon, cette main le sent disparaître tout entier dans la tumeur interne (1); si cette tumeur est douloureuse, on soupçonnera la présence de la vessie dans le canal inguinal. On pourra l'affirmer si la tumeur, manifestement fluctuante, se vide par pression, dans la vessie, ou si elle se distend lorsqu'on pousse une injection dans cette vessie.

L'injection vésicale peut, dans certains cas, rendre des services; c'est dans les cas de cystocèle inguinale secondaire. Ce moyen est accessoire à la palpation.

Parfois, au lieu d'être pâteuse, la tumeur est fluctuante, et donne à la percussion une certaine zone de matité.

(1) Boudou et Ledran ont observé une fois seulement, la présence du cordon au-devant du sac (Verdier, *Mém. de l'Ac. de chir.* 1753).

Ch. Leroux se fonde sur le siège de cette matité pour faire le diagnostic différentiel.

Si la matité occupe les points déclives de la masse herniée, qui sont alors fluctuants, il s'agit plutôt d'une hydrocèle du sac herniaire.

Si la matité se trouve, au contraire, cantonnée dans la partie *supéro-interne* de la tumeur, près du pédicule, et si, autour de cette matité, la percussion donne une sonorité relative, il est très probable que cette matité correspond à la présence de la vessie, pourvu qu'il s'agisse d'une cysto-entérocèle inguinale. Mais, si la hernie est surtout constituée par de la cysto-épiplocèle, le diagnostic est encore plus complexe. Dans ce cas, l'envie d'uriner produite par la pression sur la zone de matité, est le seul indice de la présence de la vessie dans la masse herniaire.

II. Examen du périnée. — Quelquefois, cet examen a pu constituer un signe d'une certaine valeur. Mais la tension (parfois douloureuse) du périnée, et la rétraction périnéale, ne s'observent que quand la cystocèle inguinale est volumineuse : par conséquent, la présence de la vessie est soupçonnée auparavant. Cette rétraction est due à ce que la région bulbo-prostatique se trouve attirée derrière la symphyse pubienne.

III. Toucher rectal. — C'est un signe beaucoup plus accessoire encore. Il indique seulement le degré d'ascension et d'inclinaison de la prostate vers la hernie.

En réalité, le diagnostic est soupçonné d'après :

1° *Le siège* de la tumeur (partie interne de l'anneau) ;

2° *La consistance* (molle, pâteuse et non serrée) ;

3° *La sensibilité* qui est très vive.

B. Diagnostic au cours de l'opération. — Mais, ce diagnostic nous importe peu aujourd'hui que, d'après les règles posées par M. Championnière, il faut faire la cure radicale de toute hernie petite qui est le siège d'une douleur insolite, quelle que soit sa constitution.

Ce qu'il est important de savoir, ce sont les signes qui permettent de reconnaître la vessie au cours d'une opération ; car, ainsi que nous l'avons dit, même *de visu*, on éprouve en cela une vraie difficulté.

Deux signes d'une grande valeur nous viennent en aide : ce sont les caractères de la masse graisseuse préliminaire, et l'épaississement et l'aspect spécial de la paroi interne du sac.

1° *Masse graisseuse.* Son existence au-devant de la vessie herniée est presque constante. Mais, elle se présente sous deux aspects tout à fait spéciaux, bien différents du lipome présacculaire qu'il n'est pas rare de rencontrer au cours d'une kélotomie quelconque, et dont le développement est dû à la pression et au frottement du bandage.

Le premier aspect sous lequel se présente cette masse graisseuse est celui de pelotons graisseux plongés dans une gangue fibreuse résistante et en connexion avec de petits kystes serrés contre le sac séreux. Cette masse n'adhère pas à la peau ni au tissu sous-cutané mais elle est unie très intimement aux parties profondes, c'est-à-dire à la vessie (1).

(1) Obs. de Duchaussoy, de Constant Perrin, de Championnière.

Dans ce cas, la consistance de cette masse est ferme.

Le second aspect est celui d'une masse diffluente, plutôt séreuse, bien plus molle que la couche sous-cutanée ou que le lipome.

Cette masse, souvent abdominale, se trouve à la partie interne de la hernie. L'aspect spécial du peloton graisseux ne pourra être reconnu que par un chirurgien expérimenté ayant l'habitude de faire la cure radicale.

2° *Épaississement et aspect spécial de la paroi interne du sac* (1). — L'épaississement seul n'est pas un signe pathognomonique. En effet, on l'observe dans les hernies ordinaires et alors on peut croire à un simple épaississement péritonéal. Mais, quand, après avoir enlevé la couche graisseuse présacculaire, on observe, au niveau de l'épaississement de la moitié interne du sac, une teinte rosée spéciale due à la présence de fibres musculaires réticulées, il y a lieu de se tenir sur ses gardes. Ce signe, quand il est joint au premier, est un indice d'une grande valeur.

D'autres moyens peuvent être employés au cours de l'opération. C'est ainsi que l'on pourra, après dissection des plans superficiels, explorer la vessie, si l'attention a été attirée de ce côté. On pourra pousser des injections dans cette vessie : si la partie interne de la masse herniée se distend, on en conclura que la vessie est là. Mais de ce que l'injection ne donne qu'un résultat négatif, il ne faudra pas croire que l'on n'est pas en présence d'une cystocèle inguinale, car l'injection peut très bien ne pas pé-

(1) Eug. Bœckel et Krœnlein, *loc. cit.*

nétrer dans le diverticule hernié. Ce qui arrive surtout si la cystocèle inguinale est primitive. Nous voyons donc, en définitive, que dans le cours d'une kélotomie, il faut attacher une grande importance, d'abord à la constitution de la masse graisseuse préherniaire ; ensuite, à l'aspect de la paroi interne du sac, lorsqu'on a disséqué cette masse graisseuse.

CHAPITRE V

Pronostic. — Complications. — Traitement.

I. Pronostic. — Le pronostic de toute cystocèle inguinale est sérieux.

Rarement elle s'accompagne d'accidents graves, mais, elle n'a jamais de tendance à rétrocéder. Au contraire, la partie de vessie herniée devient de plus en plus volumineuse.

II. Complications. — *a*) L'*irréductibilité* que certains auteurs considèrent comme une complication, nous semble bien plutôt devoir être classée dans le cadre clinique ordinaire de la cystocèle inguinale, que cette irréductibilité soit partielle (réduction du liquide par pression), ou totale (oblitération du canal de communication entre la vessie intra-abdominale et sa portion ectopiée).

b) Les *calculs vésicaux* dans le diverticule hernié ne sont pas très rares. Verdier en relate de nombreux exemples.

La première observation due à Jean-Dominique Sala, concerne un malade chez qui l'on avait cru à une cystite calculeuse, alors qu'il s'agissait d'une cystocèle inguinale compliquée de calculs.

Ces calculs peuvent ulcérer la peau de la région inguinale, et s'échapper au dehors (1).

(1) Stalpart von der Wiel, 1758.

c) Accidents analogues à ceux de l'étranglement herniaire. — Ils s'observent fréquemment au cours de la cystocèle inguinale. Une des observations les plus intéressantes de ce genre est celle d'un malade du service de M. le professeur Guyon, dont l'histoire fut rapportée à la Société anatomique par M. le Dr Broca en 1883, et qui mourut après avoir présenté les symptômes d'un étranglement à marche tout à fait insidieuse. A l'autopsie, on découvrit une hernie étranglée avec cystocèle.

Les symptômes de cet étranglement peuvent être les symptômes d'un étranglement herniaire ordinaire. C'est dans ces cas que le chirurgien intervient sans songer à la présence de la vessie (Krœnlein, Berger, Polaillon). C'est aussi dans ces cas que l'anse intestinale se trouve étranglée dans un sac de cysto-entérocèle.

Beaucoup plus intéressants sont les symptômes d'étranglement quand la vessie se trouve étranglée au niveau du canal inguinal. Ce sont plutôt des phénomènes de pseudo-étranglement : douleurs vives siégeant à la partie interne de la hernie, s'accompagnant de vomissements, de hoquet parfois et de divers phénomènes réflexes. J.-L. Petit a beaucoup insisté sur le *hoquet* comme signe de constriction vésicale.

d) Lésions vésicales. — Ce sont les complications les plus à redouter. Car, par elles-mêmes, ou par les lésions ascendantes qu'elles provoquent (urétérite, pyélo-néphrite) elles peuvent amener une issue fatale à brève échéance.

Il suffit de lire l'observation de Leroux (1), et l'observation VII de Duret (2).

Il ne faut donc pas abandonner à elle-même une cystocèle inguinale, en raison des accidents qui peuvent, d'un moment à l'autre, venir la compliquer.

III. Traitement. — Il n'est plus, aujourd'hui, question de la méthode dite palliative qui consistait à appliquer un bandage pour maintenir à l'intérieur de la cavité abdominale, la partie herniée. Le bandage doit être réservé comme dernier moyen, lorsqu'il y a impossibilité absolue d'opérer le hernieux, soit à cause de son âge trop avancé, ou de son état général gravement atteint.

Actuellement, il faut, ainsi que le dit M. L. Championnière, opérer toute hernie s'accompagnant d'une douleur inaccoutumée, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature. De plus, nous avons vu que souvent la cystocèle inguinale résultait d'une malformation de la région ; ce serait une raison d'opérer de bonne heure, « les opérations faites pour la difformité de la région étant les plus favorables ».

Au point de vue de la conduite à tenir, il faut distinguer deux cas : ou l'on est en présence d'une vessie peu adhérente, ce qui est exceptionnel ; ou d'une vessie très adhérente, ce qui est la règle.

Si la vessie herniée peut être disséquée, on la réduira dans l'abdomen, et l'on fermera ensuite le canal inguinal, en suivant exactement la méthode de M. Championnière.

(1) Compression du col, dilatation des uretères, hydronéphrose consécutive.
(2) Cystite purulente.

Si la vessie est extrêmement adhérente, soit au canal inguinal, soit aux parois du sac, soit au cordon (et c'est ce qu'on observe le plus souvent), il sera impossible de ne la point léser, car dans ce cas, sa paroi est très friable et amincie.

La blessure de la vessie en telle circonstance, offre relativement peu de gravité, puisque parfois, ce n'est que quelques jours après l'opération qu'on s'est aperçu de cet accident. Si l'on n'est pas certain de l'ouverture vésicale, il faudra néanmoins drainer la plaie, de façon à assurer l'écoulement des liquides et en particulier, de l'urine.

Mais, quand on a ouvert la vessie, soit par mégarde soit par impossibilité opératoire de ne pas l'inciser, on se comportera différemment, suivant qu'on a affaire à une vessie saine ou dont les parois sont altérées.

a) Si la vessie est saine, on devra pratiquer une oblitération aussi complète que possible, de façon à pouvoir, en toute sûreté, la réduire dans la cavité abdominale. Pour que cette occlusion soit parfaite, que l'adaptation des lèvres de la plaie ou de la déchirure soit aussi complète que possible, *il faut disposer trois plans de sutures*, ainsi que le recommande M. L. Championnière (ce qui est parfois difficile, étant donné l'amincissement des parois).

Un 1er plan de sutures pour la muqueuse.

Un 2e et un 3e plan pour la couche musculo-fibreuse, le 3e plan étant surtout protecteur, et destiné à soutenir le 1er et le 2e (1).

(1) Thiriar fait des sutures de Lembert pour le 2e et le 3e étages.

La vessie réduite, on placera un drain entre la peau et la suture de la paroi vésicale, et on s'abstiendra de tout lavage, et surtout, de tout cathétérisme.

b) Si la vessie est contaminée, infectée par des microcoques, si les parois en sont altérées, il sera bon, comme le recommande Thiriar, de disposer deux tubes adossés en canon de fusil dans la cavité vésicale.

On laissera une sonde à demeure, le moins de temps possible, au plus trois jours, le malade urinant ordinairement seul à cette époque.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Observation I. — *Hernie volumineuse. — Altérations de l'intestin et du mésentère. — Hémorrhagie intestinale et intra-péritonéale. — Cystocèle. — Atrophie partielle du cervelet.* (Piedvache, *Société anatomique*, février 1861).

Le nommé F... François, âgé de 79 ans, ancien surveillant de voitures de place, est entré à Bicêtre en 1859, sans qu'aucune infirmité sérieuse ait motivé son admission. Bien que très affaibli par l'âge, il allait et venait tout le jour et maintenait avec un bandage, complètement réduite, la hernie volumineuse qu'il portait à gauche. Ses fonctions digestives se faisaient bien, et il ne s'est jamais plaint, paraît-il, ni de constipation opiniâtre, ni de diarrhée.

Il est admis le 4 février au matin, à l'infirmerie, service de M. Broca : la hernie, sortie depuis la veille au soir, n'avait pu rentrer, et le malade, qui en souffrait peu du reste, venait demander qu'on la réduisît.

La tumeur, piriforme, occupe les bourses et s'est recouverte de la peau de la verge ; la coloration des téguments n'est pas modifiée. Son pédicule, très volumineux, se prolonge manifestement dans le canal inguinal gauche. Sa plus grande circonférence est de 46 centimètres. La partie supérieure présente la consistance pâteuse de l'épiploon et l'inférieure, dans une plus grande étendue, l'élasticité et la sonorité propres à l'intestin. La masse n'offre pas du reste de tension notable.

A l'aine droite, et commençant à pénétrer dans le scrotum, on trouve une autre tumeur souple et arrondie qui se prolonge dans le canal inguinal ; elle n'est le siège d'aucune douleur, mais est depuis longtemps complètement irréductible. M. Broca, malgré des efforts méthodiques et prolongés, ne peut réduire la hernie. Il prescrit un lavement avec 4 grammes de tabac. Ce lavement est gardé quelque temps, et détermine une selle. Puis le malade est mis dans un bain où il reste deux heures, et où de nouveaux efforts sont tentés sans plus de succès ; quelques nausées surviennent alors.

Vers 4 heures de l'après-midi, répétition du lavement de tabac à même dose ; il est gardé plus longtemps que le premier.

Une heure environ après, F... fait rentrer lui-même sa hernie ; l'interne de garde peut constater sa réduction complète, et lui applique un bandage contentif.

Le lendemain matin, 5, léger écoulement de sang par l'anus ; le malade dérange son bandage et la hernie sort de nouveau.

A la visite, l'hémorrhagie qui a été légère n'existe plus, et à part la reproduction de la hernie, l'état paraît bon.

Mais, vers 2 heures de l'après-midi, l'hémorrhagie intestinale recommence, le malade pâlit, le pouls s'affaiblit, et le malade succombe en peu d'instants, avec les signes généraux d'une hémorrhagie abondante sans que l'écoulement par l'anus ait été assez considérable pour l'expliquer.

Autopsie. — Le 7 février. — 1° A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de sang liquide et de couleur foncée ; le péritoine en contient environ 350 grammes. L'état de la séreuse pariétale est parfaitement normal ; mais les anses de l'intestin grêle, dans une longueur de 60 centimètres environ, offrent une surface violacée imbibée de sang ; si on lave la surface séreuse, on la voit encore lisse, mais les vaisseaux sous-séreux sont gorgés de sang, et forment un lacis extrêmement serré. C'est bien d'eux que vient le sang contenu dans la cavité péritonéale, car il n'existe nulle part de perforation des parois intestinales. Tout le reste de l'intestin grêle et le gros intestin sont assez fortement congestionnés.

Le mésentère, d'une couleur rosée, présente dans tous les points de son étendue, une épaisseur de 1 centimètre, et une dureté extrême ; sa coupe le montre imbibé de sang, mais gorgé aussi de produits plastiques dont la date ne doit pas être récente ; les ganglions mésentériques ont participé à l'hypertrophie générale.

Les enveloppes de la hernie sont incisées. Nous croyons que le sac contient, comme le péritoine, une certaine quantité de sang. L'anneau inguinal, qui représente un trajet tout à fait direct, offre 4 centimètres de diamètre.

La longueur de l'intestin grêle contenu dans la hernie, est considérable (près de 80 cm.). Sa surface présente cette même coloration violacée que nous avons notée sur une partie de l'intestin contenu dans l'abdomen ; ce qui donne à penser que cette dernière portion est celle qui a fait d'abord partie de la hernie et a été réduite.

Une grande épaisseur de mésentère est aussi contenue dans le sac ; il est altéré comme tout le reste ; c'est lui qui a été pris pour de l'épiploon, et l'on conçoit tout l'obstacle qu'il devait mettre à la réduction malgré la largeur de l'anneau.

L'ouverture du tube intestinal permet de constater l'augmenta-

tion d'épaisseur de toutes les tuniques avec induration ; et cet épaississement est considérable dans les parties herniées.

La cavité contient une grande quantité de sang liquide et de couleur foncée.

La muqueuse, épaissie comme les autres tuniques, est ferme et se laisse difficilement déchirer ; elle est le siège d'une injection très fine, qui lui donne une couleur uniformément rouge. Les follicules isolés sont très saillants à sa surface, et les plaques de Peyer beaucoup plus détachées qu'elles ne sont généralement. Nulle trace d'ulcération.

En résumé tout le tube intestinal nous paraît être le siège d'une inflammation chronique, et l'épaississement considérable du mésentère est, nous semble-t-il, suffisant pour expliquer les difficultés éprouvées dans la réduction de la hernie.

2° *A droite*, nous trouvons *une cystocèle qui s'est faite par le canal inguinal.* La plus grande partie du corps de la vessie est ainsi fixée solidement au-devant du pubis ; cette portion herniée communique avec le reste du réservoir par un orifice de deux centimètres de diamètre. La capacité de la partie restée dans le ventre ne dépasse pas la grosseur d'un œuf de poule. Le col de la vessie s'est élevé un peu au-dessus du niveau du détroit supérieur.

En allant aux renseignements nous n'avons pu avoir aucune indication sur la manière dont se faisait la miction.

3° Notre attention est, en outre, attirée par une altération remarquable du cervelet. . . . . .

Observation II. — *Hernie de la vessie (inguino-scrotale droite).* (G. Marchant, *Société anatomique*, 1875).

Joseph S..., âgé de 67 ans, entre le 17 avril 1875 à l'hôpital Cochin, service de M. Desprès, pour une rétention d'urine.

BOSTON MEDICAL
JAN 17 1920
LIBRARY

L'état de subdélirium dans lequel il se trouve ne permet pas d'avoir sur ses antécédents des détails bien précis. Il porte à droite et à gauche deux hernies inguinales volumineuses, réductibles : de plus à droite et par la palpation, on sent une tumeur volumineuse, fluctuante, mais pas très nettement. Cette poche est placée derrière la masse intestinale, et pour la bien sentir il faut réduire ce paquet. La pression est douloureuse et réveille chez le malade un besoin d'uriner particulier. Si on prolonge cette pression, on peut voir sortir par le canal quelques gouttes d'urine.

Le fait dominant est la rétention d'urine ; et une sonde de moyen calibre, introduite dans la vessie, passe sans rencontrer d'obstacle. Mais, pour obtenir quelques gouttes d'urine, il faut l'enfoncer profondément.

18 *avril.* — Tenant compte des signes observés la veille mais moins sensibles aujourd'hui, M. Desprès diagnostique une hernie de la vessie : la cause productrice doit en être cherchée dans des péritonites antérieures ayant amené des adhérences entre l'intestin hernié et la vessie. Il est probable, pense M. Desprès, qu'à un moment donné le sac a été réduit avec la hernie (les hernies remonteraient à une quarantaine d'années et les troubles urinaires à 12 ans), que les adhérences se sont produites entre la vessie et ce sac, et que les intestins, en sortant de nouveau, ont entraîné la vessie. Au moment de la visite, le malade a de l'incontinence d'urine et son lit est mouillé abondamment.

Le soir, l'intestin hernié a pour ainsi dire disparu à droite, et est remplacé par une tumeur volumineuse, fluctuante, irréductible. La pression en est douloureuse. Le malade n'a pas uriné depuis le matin. Une sonde introduite permet l'issue de l'urine, mais celle-ci s'écoule goutte à goutte, et ce n'est que lorsqu'on vient à comprimer cette tumeur qu'on voit l'urine s'écouler par un jet dont le degré de pression peut modifier la force.

L'état général du malade est grave. Douleurs rénales à la pression. Les urines sont purulentes. La mort a lieu à 4 heures du matin.

Autopsie. — *Cerveau* sain, *foie* sain, *poumons* sains, si ce n'est un peu d'emphysème. Leur tissu est friable, cassant, granuleux, rappelant celui de la rate.

Sur le bord convexe du rein gauche, on trouve à la partie moyenne une excoriation du volume d'une noisette, renfermant du pus, et parcourue par des tractus fibreux ; la muqueuse des bassinets est hyperémiée. Uretères très dilatés.

L'orifice supérieur du canal inguinal droit est considérablement dilaté. Dans ce canal, et se prolongeant jusque dans le scrotum, on trouve une poche remplie de liquide, ayant contracté des adhérences avec les enveloppes du scrotum, et qu'on reconnaît être la vessie ; elle est déviée de sa place normale, et comme contournée sur elle-même à la partie antérieure. Au-devant de la vessie ainsi déplacée se trouve une poche tapissée par le péritoine, ou plutôt un sac péritonéal, profond, descendant jusqu'au sommet de la vessie, et qui n'est autre que le sac, dans lequel, pendant la vie, s'engageait très facilement l'intestin, tout autour, on trouve des vestiges de sacs plus petits. Enfin, la vessie est adhérente aux enveloppes du scrotum.

Ces détails permettent de se rendre compte des phénomènes observés pendant la vie.

Il existait une sorte de balancement entre la réplétion de la poche naturelle, la vessie, et celle du sac herniaire.

La vessie était-elle distendue par de l'urine, l'intestin était chassé, et la hernie de la vessie était de la dernière évidence. Il y avait alors rétention d'urine. L'intestin, au contraire, venait-il à passer dans le sac, l'urine s'accumulait difficilement dans la poche ; il y avait alors incontinence.

Observation III. — *Cystocèle inguinale* (De Larabrie, *Bull. Société anat.*, 1881).

Le nommé Graus...., âgé de 68 ans, entré le 26 novembre 1880, dans le service de M. Duplay, était porteur de ce genre de hernie depuis 10 ans ; la tumeur s'est développée sous l'influence d'un effort ; elle était d'abord très petite, présentant le volume d'une noisette ; au bout de quelques mois, elle devint irréductible, ses dimensions augmentèrent alors, l'application d'un bandage devint inutile.

Du reste le malade éprouvait tous les symptômes d'une cystocèle : l'augmentation du volume de la tumeur, sa compression, déterminaient chez lui le besoin d'uriner ; la compression de la poche facilitait la miction.

A son entrée à l'hôpital, on constate, à gauche au niveau de la région inguinale, une tumeur du volume et de la forme d'une noix de coco, molle, fluctuante, située en dehors du cordon.

On pratique le cathétérisme avec une sonde rigide, mais il est impossible de pénétrer dans la vessie ; on pénètre au contraire, non sans difficulté, à l'aide d'une sonde molle. Depuis quelques semaines, le malade éprouve des troubles sérieux du côté de la miction ; celle-ci est devenue difficile, pénible et fréquente, ses urines sont chargées de pus ; peu à peu leur caractère purulent s'accentue, elles deviennent très fétides ; malgré des injections vésicales fréquentes et un cathétérisme journalier, son état s'aggrave. Le 5 janvier, il éprouve quelques frissons, la température s'abaisse, la respiration devient courte et fréquente ; on porte le diagnostic de pyélo-néphrite compliquée d'anémie, et il meurt en cet état le 7 janvier.

Autopsie. — *Poumons et bronches.* — Les deux poumons sont emphysémateux ; il existe en outre des lésions certaines de bronchite chronique. Cœur volumineux ; les cavités droites sont dilatées.

Reins. — Le rein gauche est hypertrophié ; mais, sans un certain degré de rougeur, il ne présente pas à l'œil nu de lésion appréciable de ses deux substances. Le calice, le bassinet et l'uretère correspondants contiennent un liquide louche, d'aspect purulent. Le rein droit est également hypertrophié ; à la coupe, outre les lésions de pyélite qu'on y rencontre, on observe, disséminés çà et là, de petits foyers de suppuration de la grosseur d'une lentille. La substance corticale surtout présente une coloration rouge très vive.

Examen de la hernie. — Après avoir enlevé la peau et le *fascia superficialis* de la région inguino-abdominale gauche, on met à découvert la tumeur qui présente des parois épaissies ; on constate que la vessie herniée est recouverte complètement par une poche qui n'est autre que le *fascia transversalis*, repoussé au dehors et très épaissi. Celui-ci a contracté des adhérences solides avec l'orifice inguinal externe. Le cordon spermatique est volumineux et rejeté en dehors de la tumeur. On pratique, couche par couche, une ouverture de la tumeur, et on remarque un certain degré d'infiltration purulente des parois vésicales.

Examinant alors la région inguinale à l'intérieur de l'abdomen, on voit que le péritoine ne s'engage point dans l'orifice inguinal gauche, sa disposition est normale ; en détachant la séreuse pariétale du *fascia transversalis*, on arrive, au niveau de sa réflexion sur le sommet de la vessie, sur une collection purulente aplatie contenant environ 15 à 20 grammes de pus, et repassant directement sur la portion de la vessie qui est restée dans le bassin.

C'est alors qu'on peut voir, après avoir convenablement décollé le péritoine de cette région, et avoir disséqué et isolé les portions prostatique et musculaire de l'urèthre, qu'il n'y a pas de hernie complète de la vessie en dehors de l'abdomen. La portion herniée forme à elle seule environ les 2/3 du réservoir urinaire.

La portion restée dans le bassin est vraisemblablement constituée par le bas-fond de la vessie et toute la région de celle-ci qui entoure le corps vésical.

Les deux anneaux dilatés n'exercent pas une constriction bien puissante, puisqu'une injection, pratiquée par l'urèthre, fait très facilement pénétrer le liquide dans la poche herniée.

Il existe, entre le trajet inguinal et le *fascia transversalis*, des adhérences qui rendent celui-ci irréductible. Entre la vessie herniée et le *fascia* existent également, au niveau des anneaux, des adhérences qu'il semble facile de détacher en certains points.

La portion prostatique de l'urèthre et la portion non herniée de la vessie forment un canal oblique en haut et à gauche, circonstance qui explique la difficulté du cathétérisme.

Outre l'intérêt qu'elle présente en raison de sa rareté relative, cette affection, dans le cas particulier, est encore intéressante par ce fait que, malgré le volume considérable qu'elle offrait, le *péritoine n'est pas sorti de l'abdomen.* Une autre particularité importante, comme complication, est l'existence de foyers purulents intra et extra-pariétaux de la vessie.

Enfin, on peut déduire des faits anatomiques que nous venons de signaler et des autres observations qui ont été publiées, qu'une intervention chirurgicale analogue à celle d'une hernie étranglée ordinaire, constituerait un procédé thérapeutique rationnel.

Observation IV. — *Hernie inguinale ancienne et très volumineuse. — Mort par urémie. — Autopsie : entéro-épiplocèle avec cystite totale. — Compression du col vésical. — Hydronéphrose* (Ch. Leroux, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880).

B..., âgé de 54 ans, entre le 3 juillet 1879 dans le service de M. le professeur Verneuil (salle St-Louis, n° 22) pour une énorme hernie inguino-scrotale droite.

Cet homme est gros et gras ; il a la poitrine large, le cou court, les veines jugulaires gonflées ; il offre en un mot l'habitus d'un emphysémateux. A part cela la santé a toujours été excellente. Depuis de longues années il porte une hernie inguinale du côté droit, et depuis 9 ans n'a fait aucune tentative pour la réduire ; n'en souffrant point, il se contentait de la soutenir avec un énorme suspensoir. Mais, depuis six semaines, il éprouve de fréquents besoins d'uriner ; il urine, chaque fois, peu et difficilement ; il se trouve enfin fort essoufflé. Ce sont ces troubles qui le décident à entrer à l'hôpital.

On constate l'existence d'une hernie inguino-scrotale dont le volume équivaut au moins à celui d'une tête d'adulte. La forme est celle d'un gros moignon conique et sa longueur prise de la base au niveau du canal inguinal jusqu'au sommet, est de 0^{m}, 50 centimètres. Les enveloppes des bourses qui logent la masse herniée sont énormément distendues : la verge a complètement disparu et le malade urine par une dépression infundibuliforme située à la partie supéro-interne de la tumeur. La peau tendue est saine et nullement adhérente. La tumeur herniaire est molle dans la plus grande partie de son étendue, fluctuante, même à son extrémité libre ; en arrière, au niveau de la racine des bourses, on sent au contraire une résistance, une dureté notables. Par la percussion, on perçoit de la matité en certains points surtout à la partie antéro-interne et à l'extrémité de la tumeur ; ailleurs il existe un certain degré de sonorité.

On pense donc que le sac contient à la fois de l'intestin et de l'épiploon, et qu'en raison de la fluctuation et de la matité du sommet de la hernie, il doit y avoir une certaine quantité de liquide, c'est-à-dire une hydropisie du sac. En examinant avec soin ce malade deux phénomènes attirent de suite l'attention : d'abord la dysurie, puis la dyspnée extrême qui l'oblige à rester assis sur son lit pendant une partie de la journée. Ces deux symp-

tômes, au dire du patient, dateraient à peu près de six semaines. La dysurie, ou plutôt la difficulté à uriner, paraît s'expliquer par la rétraction de la verge, et les tiraillements qu'elle doit éprouver, étant confondue avec la tumeur herniaire ; la pression et la percussion sus-pubiennes n'indiquent point qu'il y ait rétention d'urine ; on ne songe nullement d'ailleurs à la possibilité d'une hernie de la vessie. Quant à la dyspnée, après avoir recherché en vain toutes les causes qui pourraient l'expliquer, on pense à l'attribuer à une intoxication urémique. On fait recueillir avec soin les urines des 24 heures. On obtient ainsi 400 grammes d'une urine très claire, très limpide, neutre, ou très légèrement acide, ne déposant point par le refroidissement : par la chaleur on ne découvre rien ; l'acide nitrique développe un petit nuage rosé, mais pas la moindre trace d'albumine. Il n'y a point de sucre.

Si les urines eussent été troubles ou plus ou moins ammoniacales, on eût pensé certainement à quelque complication vésicale ; mais il n'en était rien. En outre le malade accusait depuis quelques jours de la diarrhée ; il n'avait toutefois ni vomissements, ni troubles de la vue, ni céphalée. Le thermomètre enfin montrait un léger abaissement de la température, à peine 36°5. L'hypothèse de dyspnée urémique paraissait donc confirmée ; restait à en déterminer la cause.

Comme nous étions en présence d'un homme de 57 ans, athéromateux ; comme ces accidents dataient de six semaines à peine, qu'ils ne paraissaient point en rapport avec la hernie inguinale, qui ne gênait le malade que par son volume, et que, d'autre part, nous constations des urines rares, claires, transparentes, un abaissement de la température, de la diarrhée, etc., nous fûmes conduits au diagnostic de néphrite interstitielle avec accidents urémiques.

La pression, dans la région du rein gauche, provoquait une vive

douleur, sembait confirmer ce diagnostic dont le développement nous paraît indépendant de la vieille hernie.

Tel fut le diagnostic complet porté le 6 juillet.

7 *juillet.* — La dyspnée est beaucoup plus marquée ; c'est une dyspnée continuelle qui n'a nullement le type de la respiration de Cheyne-Stokes.

A la base du poumon droit on constate un peu de congestion ; il n'y a point d'épanchement. Les battements du cœur sont sourds, il n'y a pas de bruit de galop. La diarrhée a cessé. Il n'y a pas de signes de complication herniaire ; pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements. Depuis hier, le malade n'a pas uriné, et comme l'examen de la vessie par la palpation et la percussion démontre qu'il n'y a point de rétention d'urine, on rapporte l'anurie à l'état supposé du rein. La région rénale est toujours douloureuse. La masse herniaire est peut-être moins tendue.

Le facies du malade est anxieux ; les yeux sont gros, exophtalmiés, les traits tirés ; les mains légèrement violacées, marbrées ; le refroidissement périphérique est manifeste. La température axillaire donne seulement 36°2. Le diagnostic d'urémie se confirme de plus en plus. Jusqu'alors, le traitement a été le suivant.

Pour combattre la hernie, qui nous paraît irréductible, au moins par le taxis simple, M. Verneuil ordonna d'appliquer la méthode qui lui a fréquemment réussi dans ces hernies volumineuses depuis longtemps négligées, et qui consiste à maintenir les bourses soulevées avec des coussins, de façon que l'orifice du sac devienne la partie la plus déclive. Au bout de quelques jours, la réduction est ordinairement facile à obtenir, et quelquefois même, se produit spontanément.

C'est donc ce qu'on fit ; mais la dyspnée et la dysurie du malade le mettant continuellement en mouvement, ce traitement devint inutile.

Quant à la dyspnée urémique, on la combattit de la façon sui-

vante : ventouses sèches sur la poitrine et sur les régions rénales ; stimulants diffusibles ; en raison de l'abaissement notable de la température et de la tendance à l'algidité périphérique, on ne crut pas devoir purger le malade.

Le soir, l'état est à peu près le même ; la température est à 36° ; la miction a été assez abondante ; le malade est subdélirant ; même dyspnée, même anxiété.

8. — A peine a-t-on recueilli 300 grammes d'urine dans les 24 heures ; la diarrhée est remplacée par une sorte de ténesme rectal. La hernie n'a changé de volume ni de consistance ; mêmes symptômes. Température du matin 36°4 ; du soir 36°2.

9. — Depuis 24 heures anurie totale, sans symptômes de rétention d'urine ; rien n'indique une distension de la vessie ; même dyspnée ; même anxiété ; le malade est continuellement assis sur son lit. Il délire, surtout la nuit ; il répond néanmoins distinctement aux questions et paraît conserver son intelligence ; algidité périphérique. La poitrine et le cœur, auscultés de nouveau, n'entrent pour aucune part dans cette dyspnée ; le pouls est petit, mais régulier, il bat à 90 ; la température est à 35°4 le matin et 35°6 le soir.

10. — Subdélirium nocturne très marqué ; mêmes symptômes. Température 35°4 le matin ; 35°2 le soir. Le malade s'éteint dans la nuit sans le moindre mouvement convulsif.

Autopsie. — Après avoir sectionné les enveloppes des bourses, on arrive sur le sac herniaire que l'on incise également dans toute sa longueur, et qui contient :

1° Une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui n'est autre que la vessie distendue par plus d'un litre d'une urine claire et transparente, sans odeur ammoniacale ;

2° Une autre masse plus volumineuse que la première, formée par le cœcum, le côlon ascendant, plusieurs anses de l'intestin grêle, une masse épiploïque en partie adhérente par quelques

brides au bord droit de la vessie, près de son sommet ; enfin, une quantité notable (5 à 600 gr.) d'un liquide clair et citrin. Les anses intestinales recouvertes de péritoine, même le cœcum, sont complètement mobiles et libres de toute adhérence. La portion herniée de la vessie contenue dans le sac est recouverte par le péritoine jusqu'au niveau du bas-fond vésical.

La vessie n'a contracté aucune adhérence et est complètement mobile dans le sac, sauf en un point correspondant au bord droit, où quelques brides s'unissent à l'épiploon. Le sac herniaire a contracté quelques adhérences avec le tissu cellulaire du scrotum. Le collet du sac adhère également aux bords de l'orifice inguinal.

L'anneau inguinal offre un diamètre de 8 centimètres au moins. Par cet orifice passent le gros intestin et l'intestin grêle qui ne paraissent guère serrés ; aussi la circulation des matières pouvait-elle se faire assez bien.

Au niveau de la partie la plus externe de l'anneau, s'est engagé le bas-fond vésical, entraînant avec lui les deux uretères qui passent à 2 centimètres à peine au delà de l'anneau inguinal ; le bas-fond de la vessie est fortement tendu, plissé en corde, et subit un mouvement de torsion tel que sa face postérieure devient supérieure. Le col vésical est tiré en haut et se coude sur le bord supérieur du pubis droit sur lequel il est fortement appliqué par le péritoine. La prostate a suivi le mouvement d'ascension du col vésical et répond à la partie supérieure de la face postérieure de la symphyse pubienne ; elle a subi un léger mouvement de torsion, et sa face postérieure regarde en haut et à gauche ; les deux vésicules séminales l'accompagnent. La portion membraneuse de l'urèthre est fortement allongée. Il devait évidemment y avoir une dépression notable du périnée ; malheureusement la recherche n'en a point été faite avant la section des parties molles. Ici un point mérite quelques détails : ce sont les rapports du péritoine avec la vessie et ses dépendances, bas-fond, uretères, etc.

Le péritoine tapisse toute la vessie herniée et lui fournit un sac propre ; c'est une invagination de la vessie recouverte de son propre péritoine, dans un sac ancien ; la portion du bas-fond qui est en dehors de l'anneau, ainsi que le col vésical, est accolée à la face postélrieure du pubis, entre le péritoine en arrière et le pubis en avant.

L'absence d'adhérence des viscères avec le sac permet de rentrer toute la masse herniée ; pour cela il suffit de tirer vers l'abdomen le bas-fond vésical ; on réduit ainsi la vessie, qui entraîne avec elle le péritoine qui lui fournit un véritable sac inclus dans le sac primitif, et dont il est facile de suivre la continuité avec le péritoine qui forme le collet du sac d'un côté et celui qui tapisse, de l'autre, les parois pelviennes. En continuant la traction on réduit la masse épiploïque légèrement adhérente au péritoine vésical et ensuite la masse intestinale. Cette expérience permet de se rendre compte du mécanisme probable de la cystocèle.

Les deux uretères occupent la position suivante : l'uretère droit est entouré de péritoine jusqu'au point où il pénètre dans le bas-fond vésical ; l'uretère gauche, accolé à la partie du bas-fond privée de péritoine, passe entre ce bas-fond et la paroi pelvienne. Les deux uretères sont fortement tendus et irrégulièrement dilatés dans toute leur longueur ; ils ont acquis le volume du doigt, leurs parois dilatées sont devenues transparentes ; ils contiennent de l'urine claire et transparente qui n'a pas d'odeur ammoniacale. Les bassinets et les calices sont également remplis d'urine et très dilatés. Les deux reins sont atteints d'hydronéphrose ; leur capsule est légèrement épaissie, mais se détache encore facilement. Le tissu en est assez consistant.

A la coupe on voit que la substance corticale est grisâtre, ainsi que la substance médullaire dont la coloration tranche peu sur celle de la substance corticale. L'épaisseur du rein, c'est-à-dire la distance qui sépare la surface libre du sommet des pyramides, est peu

considérable ; elle mesure à peine 2 cent. 1/2. L'atrophie paraît porter surtout sur la zone médullaire, il semble qu'il y ait refoulement de la substance tubulaire, en même temps qu'il y a dilatation excentrique du rein dans sa totalité. La prostate est un peu volumineuse, l'urèthre est sain ; toute la masse intestinale est attirée en bas vers le pubis, ainsi que l'estomac.

Le cœur présente une forte hypertrophie du ventricule gauche. Il n'y a point de lésions valvulaires mais de l'athérome aortique. Rien de particulier dans les autres viscères.

Il s'agit en résumé d'une entéro-épiplocèle avec cystocèle inguinale, compliquée ultérieurement de dilatation des uretères et d'hydronéphrose.

L'obstacle à l'excrétion de l'urine siégeait évidemment au niveau du col vésical, fortement coudé et aplati sur le pubis, puisque la vessie et les uretères étaient distendus par l'urine.

L'urémie qui a causé la mort du malade a été la conséquence ultime de la dysurie.

OBSERVATIONS

Observation V. — *Entéro-cystocèle inguinale. — Etranglement de l'anse de l'intestin, kélotomie, réduction de l'intestin. — Incision de la vessie irréductible. — Mort. — Autopsie.* (Duchaussoy, *Bull. Soc. anat.*, 1853).

Antécédents. — F... Jean, charron, fortement musclé et chargé d'embonpoint, âgé de 61 ans, portait depuis l'âge de 21 ans un bandage propre à contenir une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie avait paru dix ans plus tôt, mais elle n'avait pas été contenue dans l'espoir qu'elle serait un motif d'exemption du

service militaire, espoir qui fut, en effet, réalisé. Malgré l'application du bandage, la hernie faisait quelquefois une légère saillie, mais elle rentrait aussitôt que le malade se mettait au lit de sorte que, soit avant l'application du bandage soit après, la hernie ne devint jamais le siège d'étranglement ou même d'engouement, c'est-à-dire que le malade la porta pendant 51 ans sans être incommodé.

Le lundi 11 janvier 1853, sans cause appréciable, une petite tumeur apparaît sous le bandage. Fouquet se couche et retire son bandage, mais cette fois, au lieu de rentrer, la hernie devient plus volumineuse, de vives douleurs se font sentir dans l'aine, et malgré les tentatives de réduction faites à diverses reprises par le malade lui-même puis par un médecin, malgré l'emploi successif de bains, de lavements, de saignées locales, les accidents de l'étranglement se manifestent, et le jeudi dans l'après-midi, le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

A la visite du soir, je note les faits suivants : le volume de toutes les parties contenues dans la bourse droite est celui d'une grosse tête de fœtus, à terme ; au côté externe de la tumeur la percussion dénote de la sonorité tympanique et produit quelques gargouillements ; au côté interne est un organe mollasse, se laissant facilement déprimer en tous sens, sans que je puisse néanmoins le réduire et fournissant de la matité à la percussion.

Le pédicule de la hernie est dur, cylindrique ; il a 4 centimètres de diamètre, la partie la plus élevée sort de l'abdomen par une ouverture qui répond exactement au milieu de l'arcade crurale ; le scrotum de ce côté a 2 décimètres de long et présente vers le milieu un étranglement circulaire. Le malade m'apprend qu'il n'a pas uriné depuis que la hernie est sortie et que, dans ses nombreux efforts, il a rendu seulement quelques gouttes d'un liquide rouge par le canal de l'urèthre.

A mes questions pour savoir s'il a éprouvé quelquefois, avant

cet étranglement, de la difficulté à uriner, et si son urine a présenté des altérations, il répond que depuis 7 ou 8 ans il urine plus facilement quand il soulève ses bourses, mais qu'il peut très bien uriner sans cela et que son urine est toujours parfaitement limpide. Il n'a pas eu de garde-robe depuis dimanche et vomit continuellement ; son ventre est énormément ballonné ; de vives douleurs qui s'étaient fait sentir le lundi et le mardi au pli de l'aine ont disparu ; les matières des vomissements sont jaunes, liquides, sans odeur caractérisée ; hoquet fréquent, voix affaiblie, pouls 90 assez fort.

Je tente la réduction avant et pendant l'anesthésie produite par le chloroforme ; tous mes efforts sont inutiles et provoquent de vives douleurs ; un bain d'une heure de durée, un lavement au tabac n'ont pas plus de succès.

Le lendemain, 14 janvier, les accidents de l'étranglement se sont encore aggravés, le météorisme a augmenté, le hoquet persiste ; pouls 100, petit ; douleurs sourdes à la région lombaire ; les vomissements ne cessent point, mais ils sont moins abondants que la veille, le décubitus latéral gauche est le seul qui puisse être supporté, le volume du pédicule de la hernie est doublé depuis hier.

Opération. — M. Roux procède à la kélotomie. Elle ne présente d'abord rien de bien notable, le sac contient une assez grande quantité de sérosité rougeâtre qui jaillit sous le bistouri : l'intestin hernié est une portion du petit intestin fortement hyperémiée, mais non désorganisée ; il ne peut être réduit qu'après le débridement du collet du sac ; mais après cette réduction il reste encore au côté interne du sac qui contenait l'intestin une masse large de 6 à 7 centimètres, aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement piriforme, molle, non recouverte de péritoine, et contenant un noyau dur du volume d'une grosse noix. Le testicule situé en dedans et en bas de cette masse herniaire en est parfaitement séparé, des

adhérences solides unissent la tumeur aux enveloppes du cordon spermatique dans l'étendue de 3 à 4 centimètres.

M. Roux, après avoir fait de longs et vains efforts pour les vaincre, constate l'opacité de la tumeur et la regardant comme constituée par l'épiploon dégénéré, il se détermine à en faire l'excision ; il incise donc avec précaution couche par couche au-dessous d'un tissu cellulaire lâche ; il divise une couche graisseuse ; au-dessous de celle-ci une nouvelle incision fait un trou par lequel jaillit aussitôt un liquide jaune et clair : c'était de l'urine, il s'en écoula un demi-verre environ. Les bords de l'ouverture furent saisis avec une pince et sa base embrassée dans une anse de fil ciré, puis un pansement approprié ayant été placé sur la plaie, le malade fut reporté dans son lit, et une sonde placée à demeure dans son urèthre.

Suites opératoires. — Le malade fit à chaque instant de nouveaux efforts pour uriner, et ne put supporter la sonde qui lui occasionnait, disait-il, une sensation de brûlure ; je la retirai à la visite du soir, la vessie ne contenait pas d'urine, il eut dans la soirée une hémorrhagie peu abondante, le lendemain la face était altérée, le pouls à 116, soubresauts des tendons ; ventre toujours météorisé mais non douloureux à la pression ; jactitation ; vomissements fréquents ; il a eu dix selles depuis l'opération. On lui accorde quelques cuillerées de bouillon, il les prend facilement ; mais tout à coup son visage pâlit, il meurt sans faire entendre une plainte. Il n'a pas uriné depuis son opération.

Autopsie. — L'autopsie fut faite 48 heures après le décès ; les parents avaient formé une opposition que je parvins avec peine à faire lever quelques instants avant l'inhumation.

Cette circonstance ne me laissa pas le temps nécessaire pour détacher le tiers inférieur droit de la paroi abdominale antérieure et de scier les pubis au milieu de leurs branches horizontales et à leur jonction avec les branches ascendantes des ischions.

La pièce, ainsi limitée, présente : 1° à la partie antérieure la vessie faisant une saillie de même volume que sur le vivant, et en dedans le cordon spermatique auquel elle adhère et dont les tuniques sont infiltrées d'une grande quantité de sang.

La face antérieure de la vessie est dépourvue de péritoine, de même que ses bords latéraux et la plus grande partie de sa face postérieure.

Le péritoine ne devient apparent qu'au voisinage de l'anneau inguinal inférieur, là il revêt circulairement la vessie descendant toutefois d'un centimètre plus bas à la face postérieure qu'à l'antérieure.

Au côté externe de la vessie, et un peu en haut sont les débris du sac qui contenait l'intestin ; ce sac isolait complètement l'intestin de la vessie et appartenait en entier au premier de ces organes.

La vessie a des parois épaisses, non pas qu'il y ait hypertrophie de la tunique musculaire, mais parce que une couche de tissu cellulo-adipeux enveloppe cette tunique. En plusieurs points, la graisse forme des pelotons : l'un d'eux, situé à l'extrémité inférieure de la vessie, a le volume d'une grosse noix et se présente à la coupe sous l'aspect d'une agglomération de granulations dures et lisses du volume d'un grain de blé, séparées par un feutrage de lamelles résistantes.

L'anneau inguinal inférieur est extrêmement dilaté : son pilier supérieur est grêle, mais l'inférieur est volumineux et disposé en gouttière dans le sens du trajet de la hernie. Un peu avant de s'insérer à l'épine du pubis, ce pilier émet des faisceaux aponévrotiques très forts qui remontent vers le pilier supérieur en s'accolant à la portion d'os comprise entre l'angle et l'épine du pubis.

La face postérieure de la pièce anatomique offre les détails suivants : du niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche partait, chez le sujet entier, un repli péritonéal épais et résistant, qui se

dirigeait vers l'anneau inguinal supérieur ; mais avant d'y parvenir, il rencontrait une autre portion de séreuse descendant de la face postérieure du muscle transverse de l'abdomen au niveau de l'origine des fibres aponévrotiques, se portait au-devant du repli précédent et se confondait avec lui. De leur réunion résultait une arcade à concavité supérieure regardant aussi un peu à gauche.

En dedans de cette arcade, se voit un infundibulum à trois angles, plans formés par le repli précédemment indiqué, et par deux autres portions du péritoine venant, l'une de la face postérieure du muscle droit, l'autre de la face latérale droite de la portion de vessie encore contenue dans l'abdomen.

La partie rétrécie de cet infundibulum conduit directement à l'orifice supérieur du canal inguinal ; le doigt par cet orifice sort par la face antérieure et se trouve environné de péritoine jusqu'à sa sortie.

La prostate est appliquée sur la symphyse pubienne qu'elle croise obliquement de haut en bas, et de droite à gauche ; le col de la vessie répond à la face postérieure du corps du pubis droit, dont il est séparé par du tissu cellulo-graisseux. La plus grande partie de la portion de vessie contenue dans l'abdomen est tapissée par le péritoine, une petite portion de sa face antérieure en est seule dépourvue. La cavité de cette vessie intra-abdominale contiendrait à peine un petit œuf de poule. La portion cylindrique qui établit la communication entre les deux poches admet à peine l'index. La muqueuse vésicale ne présente aucune altération.

En décollant le péritoine qui revêt la face postérieure du muscle droit on découvre les vaisseaux épigastriques, et on les voit passer d'abord au côté interne, puis à la partie inférieure de la vessie herniée, de sorte que ces vaisseaux embrassent dans une anse l'espèce de cylindre que la vessie forme en ce point.

L'anse d'intestin, qui avait été le siège de l'étranglement, a un décimètre de longueur, elle est de couleur sépia, sans ramollissement, sans perforation ; tout le reste du tube digestif présentait à l'extérieur des arborisations vasculaires. Le mésentère, chargé de graisse, offre la même injection, plus des plaques uniformément colorées au rouge framboise.

Il n'y a dans la cavité abdominale aucun épanchement de sang, de sérosité, de pus ou de matières fécales.

La rapidité avec laquelle cette autopsie a dû être faite, m'a empêché d'étendre plus loin l'examen cadavérique.

Cette hernie de la vessie s'était sans doute produite à une époque bien antérieure à celle de l'étranglement intestinal, car depuis 7 ou 8 ans le malade avait remarqué qu'il urinait plus facilement en relevant les bourses avec la main ; on peut même penser que la vessie formait la hernie pour laquelle F.... fut exempté du service militaire, et qu'il avait déjà depuis 10 ans sans la contenir et sans en être incommodé.

La hernie de l'intestin a donc été consécutive à la cystocèle ; on peut aussi croire qu'elle a été déterminée par elle, car toutes deux s'étaient faites à travers le même orifice, l'anneau inguinal supérieur.

Des rapports du péritoine avec la vessie déplacée on peut induire que la paroi antérieure de la vessie, c'est-à-dire celle qui est dépourvue de séreuse, s'est engagée la première dans le canal inguinal, puis elle aura entraîné la paroi postérieure en partie au moins ; en effet, le péritoine environnait la portion rétrécie engagée dans l'anneau inguinal inférieur, mais il ne formait pas ce sac herniaire dont Lawrence donne l'idée en disant qu'il forme une cavité membraneuse terminée en bas par un cul-de-sac, ouverte en haut dans l'abdomen, et couchée au-devant de la vessie, à la face antérieure de laquelle sa moitié postérieure adhère intimement.

J'ai cherché avec soin quelque chose de semblable et j'ai vu le péritoine pariétal se continuer avec celui de la vessie jusqu'à l'anneau inguinal inférieur sans former le sac.

Le malade a fait exception en quelques points à la description habituelle des symptômes de la cystocèle inguinale ; il n'a jamais rendu, dit-il, d'urine trouble et je l'ai interrogé plusieurs fois sur ce point, il n'a jamais éprouvé de dysurie, de douleurs en urinant, de cystite, ou d'étranglement de la hernie vésicale.

Comment se fait-il qu'il n'a pu uriner depuis le jour de l'étranglement de son entérocèle ? que la communication se soit trouvée interceptée entre la portion extra-abdominale de la vessie et l'urèthre par le fait de la compression que l'intestin distendu lui faisait subir dans le canal inguinal ? On le comprend aisément : mais il restait encore une portion intra-abdominale qui devait pouvoir se remplir et se vider. L'étranglement a-t-il eu sur les reins un retentissement qui aurait supprimé la sécrétion ? Peut-être un examen plus complet eût-il levé ces doutes.

La vessie n'ayant pris aucune part à l'étranglement, on ne peut se servir de cette observation pour discuter la valeur du symptôme noté par J. L. Petit, dans l'ordre qu'il assigne à l'apparition du hoquet, puis du vomissement.

Observation VI. — *Hernie de la vessie. — Cure radicale d'un sac herniaire. — Guérison* (Monod et Delagénière, *Revue de chirurgie*, septembre 1889, et J. L. Championnière, *Cure radicale des hernies*, Paris, 1892).

Le nommé C... Pierre, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital St-Louis, salle des Baraques, n° 40, service de M. J. Lucas-Championnière, le 29 juin 1887. Ce malade se présenta à la consultation avec une hernie très douloureuse au niveau du pli de l'aine à gauche. Il dit avoir vomi plusieurs fois la nuit dernière, et avoir eu de vio-

lentes douleurs dans le bas-ventre. Le premier jour que le malade passe à l'hôpital, il ressent encore des tiraillements et des irradiations douloureuses dans la région ilio-lombaire ; dans la nuit du 29 au 30, il vomit encore plusieurs fois.

Opération. — 30 *juin* (matin). Quoique le malade se sente mieux M. Lucas-Championnière se décide à faire l'opération.

Incision de 8 centimètres.

A la partie inférieure de la plaie se trouve une masse graisseuse indurée qui glisse dans le canal ; au-dessus, après quelques recherches on trouve un sac séreux déshabité. On dissèque ce sac, on applique 3 fils. La masse graisseuse située au-dessous de ce sac est attirée ; on croit se trouver en présence d'un autre sac qu'on cherche à isoler. A un moment donné on voit s'écouler de l'urine, c'est la vessie qui constituait cette tumeur si molle, recouverte de pelotons graisseux.

On applique 8 sutures au catgut sur une ligne, et 10 par dessus les précédentes. Drainage, sutures superficielles.

Durée de l'opération, 1 h. 55.

Chloroforme d'Yvon 110 grammes.

1er *juillet.* — Le malade a un peu vomi le matin. Légère teinte subictérique ; il se plaint de maux de reins, mais son état général est excellent.

1er Pansement, le 7 juillet. Température normale.
2e » 10 » » »
3e » 18 » On enlève le tube.

Observation VII. — *Cystocèle inguinale gauche avec entérocèle. — Cure radicale. — Guérison* (Monod et Delagénière, *Revue de chirurgie*, septembre 1889 et J. L. Championnière, *Cure radicale des hernies*, Paris, 1892).

Le nommé L... Yves-Marie, âgé de 44 ans, journalier, entre à

l'hôpital St-Louis, salle de l'Isolement, n° 23, service de M. L. Championnière, le 17 décembre 1887.

Début il y a 11 ans, sans cause appréciable ; n'a jamais porté de bandage. Il a toujours souffert de cette hernie, et il profite de son séjour à l'hôpital pour une petite plaie contuse du pied droit pour se faire opérer.

Dans le pli de l'aine gauche à la partie interne, on trouve une petite tumeur qui semble occuper l'orifice externe du canal inguinal ; cette tumeur, grosse seulement comme une noix, est influencée par les efforts de toux. Elle augmente peu de volume pendant la marche ; enfin, elle est molle, douloureuse, irréductible. On porte le diagnostic d'épiplocèle adhérente.

Opération, le 5 *janvier* 1888. — L'incision est faite comme à l'ordinaire, mais la tumeur sur laquelle on arrive a un aspect bizarre ; c'est une sorte de masse graisseuse dans laquelle il est très difficile de se reconnaître. A plusieurs reprises, on est égaré par des lamelles très minces que l'on prend pour le sac herniaire.

Enfin, après de longues recherches, on trouve à la partie supérieure et externe de la tumeur, un sac herniaire déshabité.

Ce sac est disséqué ; son collet est lié comme d'habitude avec un catgut double ; mais en outre, un des bouts du fil est ramené sur lui-même autour du collet pour venir former une deuxième ligature du collet.

Ce collet du sac est réduit dans le ventre. Mais, toute la tumeur n'est pas disparue ; on trouve au-dessous, une masse graisseuse adhérente très mollasse. On cherche à la réduire, mais on n'y parvient pas. Avec les doigts, on écarte la graisse, lorsque tout à coup une poche contenue dans le peloton graisseux est ouverte. Il s'écoule par la plaie un liquide transparent qui n'est autre que de l'urine. Du reste une sonde métallique est introduite dans la vessie, et son extrémité est sentie dans la plaie. La poche ouverte

n'est donc autre chose que la vessie qui est déchirée dans une étendue assez considérable.

Les lèvres de la plaie sont saisies et réunies par un premier plan de sutures au catgut; onze fils sont ainsi placés, de telle sorte que la plaie vésicale est simplement fermée comme une plaie ordinaire. Par dessus ce premier rang de sutures, on en fait un deuxième, chaque fil traversant la paroi externe de la vessie et passant par dessus le premier rang de sutures de telle sorte qu'en fermant le nœud, la face externe de la vessie se trouve adossée à elle-même, par dessus le premier rang de sutures. Ce deuxième rang comprend 9 catguts. Enfin, par dessus, on replie encore la paroi vésicale et on maintient ce pli au moyen de 2 catguts, qui constituent un troisième et dernier plan de sutures. La vessie une fois suturée est laissée en place dans la plaie ; mais au moment où on fait les sutures de la peau, la vessie se réduit d'elle-même.

12 sutures superficielles.

Drain à la partie supérieure.

Chloroforme Yvon 75 grammes. Pas de vomissements.

Durée 1 h. 1/4.

Marche. — La température est normale, et oscille entre 37° et 38° les premiers jours.

Le pansement est enlevé le 10 janvier : la plaie est en parfait état, le drain est enlevé.

Le deuxième pansement est fait le 14 janvier, il s'écoule un peu de liquide roussâtre par l'orifice du drain.

18 *janvier.* — Nouveau pansement ; il est manifeste que l'orifice du drain donne passage à l'urine.

23. — On trouve encore dans le pansement quelques traces d'urine, mais à partir de ce jour, la plaie est complètement cicatrisée, le malade se rétablit rapidement, et quitte l'hôpital absolument guéri.

Les soins donnés à la vessie ont été les suivants : un lavage à

l'eau boriquée a été fait tous les jours jusqu'au 18. A ce moment, c'est-à-dire quand l'écoulement de l'urine a commencé par l'orifice du drain, on a pratiqué, indépendamment du lavage de la vessie fait chaque matin, un cathétérisme simple le soir (1).

Observation VIII. — *Cystocèle inguinale gauche. — Cure radicale. — Mort* (Monod et Delagénière, *Revue de chirurgie*, septembre 1889).

Le nommé D... Auguste, opticien, âgé de 53 ans, entre le 24 décembre 1888 à l'hôpital St-Antoine, salle Dupuytren, n° 22, dans le service de M. Ch. Monod.

Antécédents. — Rien à noter comme antécédents héréditaires; il n'y a pas eu un seul hernieux dans sa famille. Il n'a jamais fait de grave maladie, et n'a jamais eu d'affection des voies urinaires, ni chancres, ni blennorrhagie, ni cystite.

Commémoratifs. — A l'âge de 20 ans, à la suite d'un effort il se fait une petite hernie inguinale du côté droit. Mais il a porté aussitôt un bandage et affirme n'avoir jamais souffert de sa hernie. Il a constamment porté son bandage jusqu'à ce jour. En 1882, à la suite de fatigues excessives, il se forme peu à peu une sorte de hernie du côté gauche. Le malade se fait faire aussitôt un bandage herniaire inguinal double pour maintenir ses deux hernies. Il n'a eu alors aucun trouble du côté de la miction. Jamais il ne s'est aperçu d'augmentation de volume de sa tumeur lorsqu'il avait envie d'uriner.

Cette tumeur du côté gauche a augmenté progressivement de volume, et est devenue à peu près irréductible. Malgré cela le malade portait toujours son bandage inguinal double, ce qui lui occasionnait des douleurs parfois fort vives.

(1) M. Championnière repousse absolument le lavage de la vessie et le cathétérisme. C'est en son absence que cette partie du traitement fut instituée.

Ces douleurs se caractérisaient de la façon suivante : c'étaient des sortes de coliques qui le prenaient dans le bas-ventre, une heure ou deux après le repas du jour. Après le repas du soir, le malade se couchait et n'avait aucune douleur.

Cet état de choses persiste jusqu'à la fin de 1888, lorsque, le 16 décembre, sans cause appréciable, les douleurs deviennent plus vives qu'elles ne l'avaient jamais été. Elles commencent par une impérieuse envie d'uriner ; la miction s'opère comme de coutume, mais se termine par l'émission de quelques gouttes de sang.

Cette émission de sang s'accompagne de douleurs très vives, s'irradiant dans le bas-ventre et se localisant au niveau de la tumeur du pli de l'aine. C'est pour ces douleurs très vives et ces troubles urinaires que le malade vient à la consultation et demande une intervention.

Etat à l'entrée. — A son entrée, l'état général est assez bon ; le malade est gros et paraît encore vigoureux. A l'auscultation, on entend quelques râles sous-crépitants et sibilants disséminés dans toute la poitrine. Au cœur, le 1er temps est mal frappé à la pointe. Il y a quelques faux pas mais aucun bruit de souffle.

L'urine rendue dans les 24 heures varie entre 1200 et 1500 gr. Elle laisse un léger dépôt floconneux, mais ne contient pas de sang. Elle ne renferme pas trace d'albumine ni de sucre. A droite, en explorant avec soin l'anneau inguinal et le scrotum, il n'est pas possible de trouver de hernie. Néanmoins, l'anneau paraît dilaté et admet l'extrémité du doigt. En faisant tousser le malade on peut sentir le choc de l'intestin, mais il ne se produit pas de hernie proprement dite, pas plus qu'en le faisant marcher ou courir.

A gauche, il existe une tumeur située dans le pli de l'aine, au niveau de l'anneau inguinal qu'elle masque presque complètement. Elle a le volume d'un gros œuf, oblongue, dirigée un peu obliquement en dedans et en bas, comme l'arcade crurale qu'elle

croise cependant obliquement. Cette tumeur ne descend pas dans le scrotum, au fond duquel on peut sentir le testicule et les éléments du cordon. Elle ne semble pas grossir par les efforts de toux. Au palper, elle est pâteuse mais un peu ferme ; elle est difficile à pédiculiser, en sorte que l'anneau inguinal ne peut être trouvé.

Les éléments du cordon, comme dans les hernies ordinaires, semblent disparaître sur les côtés de la tumeur ; néanmoins, au-dessous d'elle, ces éléments du cordon *sont encore groupés entre eux*. Il est impossible de sentir de la fluctuation ; la tumeur est seulement *pâteuse et un peu ferme*. Elle est absolument mate, et en exerçant sur elle des pressions, il est impossible de modifier son volume. Le toucher rectal ne fournit aucune indication ; la prostate paraît normale.

Diagnostic. — En présence des phénomènes de cystite qu'a présentés le malade, de l'état pâteux, presque rénitent de la tumeur, *du groupement des éléments du cordon au-dessous d'elle*, nous songeons à la possibilité d'une cystocèle inguinale. C'est pourquoi nous procédons à l'examen de la vessie.

Examen de la vessie. — Le cathétérisme est pratiqué avec une sonde en caoutchouc n° 18. Pendant que la vessie se vide, une main est maintenue sur la tumeur, mais n'éprouve aucune sensation de réduction de son volume. Nous injectons alors environ 300 grammes d'eau boriquée et n'éprouvons aucune sensation d'expansion avec la main laissée appliquée sur la tumeur. Elle ne paraît pas non plus devenir plus rénitente. En injectant encore 200 grammes d'eau boriquée dans la vessie le résultat reste négatif.

D'après cet examen il est donc tout à fait impossible de conclure à la communication de la tumeur avec la vessie.

Le lendemain, nouvel examen de la vessie. Nous injectons progressivement de l'eau boriquée, en ne nous guidant, pour la quan-

tité, que sur le symptôme douleur. Nous avons ainsi grand peine à injecter 550 grammes de liquide. Le malade accuse alors une douleur vive, qu'il localise surtout du côté de sa hernie. Cependant, celle-ci ne subit aucune modification, ni dans son volume, ni dans sa tension.

M. Ch. Monod est alors d'avis de laisser prendre au malade quelques jours de repos, pendant lesquels on lui prescrit 4 grammes de borate de soude à prendre par jour.

Opération le 10 *janvier* 1889. — Incision de la tumeur, couche par couche, avec précaution. Sous la peau, on tombe sur une masse graisseuse d'aspect mollasse, mais ne rappelant aucunement celui de l'épiploon. D'ailleurs on est absolument certain de n'avoir ouvert aucun sac. Le doigt conduit autour de la tumeur sent une sorte de pédicule qui se porte vers l'anneau. Ce dernier ne peut pas être senti.

A ce moment, on injecte de l'eau boriquée dans la vessie, afin de se rendre compte de son indépendance avec la tumeur. On introduit ainsi environ 300 grammes de liquide, jusqu'à ce qu'il y ait tension ; mais la tumeur ne subit aucune modification.

L'incision est alors continuée avec précaution, et une couche graisseuse d'un demi-centimètre est incisée. On rencontre alors une surface lisse, jaunâtre et d'aspect graisseux, mais qui saigne facilement. Serait-ce le gros intestin descendu par glissement ? On agit suivant cette hypothèse ; on cesse d'inciser sur la tumeur, mais on sectionne la paroi abdominale dans une étendue de 3 centimètres au-dessus du pédicule de la tumeur. Dès que le ventre est ouvert, on aperçoit les franges de l'S iliaque qui est libre et indépendant de la tumeur. En introduisant le doigt dans le ventre, le long du pédicule de cette dernière, on arrive en arrière du pubis. Ce ne peut donc être que la vessie.

Nouvelle injection d'eau boriquée, 300 grammes. Cette fois la

tumeur se tend, et, en pressant dessus avec secousse et en ouvrant la sonde, l'impulsion se transmet au jet.

L'abdomen étant largement ouvert, lorsque la vessie est vide il est facile de repousser la tumeur en arrière du pubis. Avant de faire cette réduction, l'hémostase est assurée soigneusement, puis la surface de la tumeur touchée à la solution forte. Six catguts perdus comprenant la séreuse, sont placés pour fermer la plaie abdominale, et rapprocher les plans musculaires incisés.

Enfin la peau est suturée avec des crins de Florence et drainée à sa partie supérieure.

Pansement avec la gaze iodoformée, sachets, mackintosh, ouate de tourbe.

Durée de l'opération 1 h. 5.

Chloroforme 90 grammes.

Marche. — Le soir, le malade a 38°. Il a un peu vomi dans la journée. A uriné seul.

11 *janvier.* — 37°4 et 37°8. Assez bon état général, mais un peu d'ictère. Urine seul et sans souffrir.

12. — 36°6 et 37°6. La respiration est un peu gênée. On prescrit des ventouses sèches sur le thorax. Le pansement est renouvelé. La plaie est en bon état, sauf à la partie supérieure près du drain, où il y a un peu de rougeur et tension de la peau ; le drain est supprimé.

16 et 17. — Température normale, mais toujours de la gêne respiratoire pour laquelle on prescrit des ventouses.

18. — 37°4 et 37°6. L'état général est bon. Le pansement est renouvelé. La réunion est parfaite à la partie inférieure de la plaie. Mais à la partie supérieure, les deux premiers crins ont amené la formation d'un petit abcès qui s'est ouvert dans le trajet du drain. Puis le pansement est refait, comme à l'ordinaire.

19. — 37° et 37°1. Le pansement est renouvelé pour enlever le pus. Le soir, en allant à la selle le malade est pris subitement

d'un accès de suffocation avec cyanose ; la respiration est haletante. A l'auscultation, on trouve des petits râles fins aux deux bases ; on porte le diagnostic d'embolie pulmonaire.

20. — 38°4. Le matin, le malade a de l'hébétude, il ne peut répondre aux questions qu'on lui pose. Il cherche ses mots comme un aphasique, mais finit par les dire. Le pansement est renouvelé ; toujours un peu de pus. Le soir, la température redescend à 37°2 ; mais la respiration est toujours pénible, et on entend toujours quelques râles disséminés dans les deux poumons.

21. — 37°9 et 38°. Rien à noter ; le malade semble aller un peu mieux, il parle plus facilement et la respiration est plus libre. Le pansement est changé ; toujours quelques gouttes de pus.

22. — 38°2 et 37°2. Même état ; pansement renouvelé.

23. — Le matin, le malade a 38°2. Il est cyanosé, dans le délire. En le découvrant, on trouve la jambe gauche complètement violacée et froide. On sent un cordon volumineux représenté par la veine fémorale ; l'artère est sentie ; ses battements sont petits et rapides. A l'auscultation on trouve de gros râles dans les deux poumons.

Le soir la température commence à baisser, et le malade meurt à 9 heures sans avoir repris connaissance.

L'autopsie est faite avec soin.

Autopsie. — Une incision cruciale est faite d'abord afin d'étudier la vessie sur place. A l'ouverture du ventre on ne trouve rien du côté des intestins qui paraissent absolument sains. Pas de liquide dans le péritoine. Mais sur les intestins, le mésentère, le péritoine pariétal, on trouve une sorte de pointillé noirâtre qui ressemble à des cultures microbiennes. Mais ce pointillé sur l'intestin suit la direction des vaisseaux. Serait-il dû seulement à du pigment, le malade ayant eu de l'ictère ; ou bien serait-ce une sorte de culture ayant eu pour point de départ la plaie infectée ?

Des portions de péritoine furent enlevées pour être examinées à ce point de vue.

Du côté de la plaie opératoire, la plaie péritonéale est linéaire et bien fermée. Néanmoins, à la partie supérieure de la plaie, à l'endroit qui a suppuré, on trouve une très légère adhérence de l'S iliaque.

En soulevant et refoulant les anses intestinales en haut, on ne trouve rien dans le petit bassin. La vessie qui contient un peu d'urine est déviée un peu du côté gauche, et son point arrive presque au niveau de la plaie péritonéale.

Une sonde est introduite dans la vessie afin de la distendre avec l'eau. A mesure qu'elle se remplit la dilatation semble se faire surtout du côté gauche.

Le cul-de-sac latéral gauche s'efface de plus en plus et disparaît dans l'état de moyenne distension. A ce moment l'angle latéral gauche de la vessie paraît ne plus participer à la distension qui se fait au contraire du côté droit. Lorsque la vessie est ainsi surdistendue, on peut constater qu'elle arrive au niveau des orifices internes des canaux inguinaux, sans intermédiaire de péritoine.

Examen de la pièce. — La vessie est ensuite vidée puis enlevée complètement. Elle est incisée sur sa ligne médiane et sur sa face antérieure. Son aspect général paraît normal, bien que ses parois soient un peu plus épaisses que d'habitude. La prostate est normale et la muqueuse ne présente aucune altération. Par sa face externe elle est partout entourée d'une couche de graisse assez épaisse. Cette couche présente un développement très considérable au niveau de l'angle latéral gauche de la pièce. On peut même sentir en ce point une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule. Une coupe transversale faite à travers cette tumeur permet de voir qu'elle est constituée par un lipome au milieu duquel on trouve quelques extravasations sanguines qui résultent des ma-

nipulations faites pendant l'opération. En outre, en passant le doigt sur cette tumeur à sa périphérie, on peut trouver deux fils de catgut qui ont été placés sur des vaisseaux.

Cette tumeur était donc bien celle qui se présentait dans le pli de l'aine. D'ailleurs on peut voir plus en dehors une portion de la paroi abdominale répondant à la ligne de réunion de la plaie opératoire, et montrant en arrière la séreuse péritonéale parfaitement fermée, et en avant et en dedans, la cicatrice s'étendant de la peau jusqu'à la tumeur.

Je ferai encore observer qu'en remettant ces choses en place, le lipome coiffe l'angle vésical à la manière d'un chapeau de gendarme, et qu'à sa partie moyenne répond une légère dépression ou cul-de-sac de la vessie.

Fin de l'autopsie. — En examinant la veine iliaque gauche on la trouve volumineuse, distendue par un caillot qu'on poursuit depuis la veine iliaque primitive jusqu'à l'anneau du 3e adducteur. Ce caillot est solide jusqu'à l'arcade crurale seulement ; il devient diffluent au delà. Dans le cœur droit, on trouve quelques caillots fibrineux. Dans le cœur gauche la valvule mitrale est épaissie et on trouve à l'orifice aortique un os cardiaque.

Les poumons sont congestionnés dans leur ensemble et présentent de nombreux infarctus, surtout le 3e lobe du poumon droit.

Les reins paraissent diminués de volume. La substance corticale est moins épaisse qu'à l'état normal et on y remarque des traînées blanches. Le foie est gros et scléreux.

Le cerveau est examiné avec soin.

On trouve au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale un petit foyer de ramollissement, avec une légère suffusion sanguine.

Observation IX (Krœnlein, 1876). — *Hernie intestino-vésicale étranglée dans le scrotum. — Herniotomie. — Vessie reconnue. —Mort par péritonite? — Autopsie.*

Antécédents. — Cocher de Berlin, âgé de 40 ans, atteint depuis 15 ans de hernie inguinale gauche. Réductible jusque-là, elle devient irréductible en juillet 1874 ; douleurs dans l'aine suivies de vomissements. Aucun trouble de la miction. A l'entrée à l'hôpital, la tumeur de consistance molle présente le volume du poing; elle est irréductible.

Opération. — On retire dans le sac herniaire péritonéal plusieurs anses d'intestin grêle. Après la réduction de l'intestin, on constate dans le sac un deuxième sac d'un volume considérable qui était masqué tout d'abord par les anses intestinales herniées. Médiocrement tendue, cette poche présente une surface séreuse lisse et se laisse poursuivre en haut à travers le canal inguinal jusque dans l'abdomen, tandis qu'ailleurs elle paraît libre partout. On croit avoir affaire à un deuxième sac herniaire. La séreuse du sac est incisée avec précaution entre 2 pinces. On arrive sur une couche de fibres musculaires qui rappellent la vessie. En injectant de l'eau par le canal de l'urèthre, on constate la communication de la vessie avec cette poche herniaire. C'est évidemment une hernie de la vessie, car, en exerçant une pression sur le sac hernié, l'eau injectée s'écoule sous forme de jet intermittent par le canal de l'urèthre. Le sac ainsi exprimé se laisse facilement réduire par l'anneau qui est très large. La plaie n'est pas réunie. Pansement compressif.

Suites. — On apprend du malade après l'opération qu'il urinait plus abondamment et plus facilement en comprimant les bourses avec les mains. Météorisme du ventre les premiers jours après l'opération. Ponction intestinale. Pendant la ponction prati-

quée sous chloroforme, le malade vomit, aspire les matières vomies par la trachée et meurt sur la table d'opération.

Autopsie. — La vessie présente des dimensions anormales ; elle est très grande, ample et flasque et sa plus grande partie se trouve dans le sac herniaire du scrotum ; toute la partie herniée est revêtue de péritoine. La face antérieure de la vessie est dirigée en arrière, la face postérieure en avant, et la forme bilatéralement symétrique est entièrement conservée. On ne remarque pas trace de diverticule. En relevant la vessie en haut, de manière que sa face antérieure devienne de nouveau antérieure et sa face postérieure de nouveau postérieure, on constate jusqu'à quel point son sommet remonte dans la cavité abdominale et la façon dont le revêtement péritonéal de la paroi antérieure se continue avec la séreuse du sac herniaire. Le ligament de l'ouraque, les deux ligaments latéraux sont très allongés et entraînés dans le sac herniaire. Le fond seul de la vessie est resté dans le bassin, tout le corps et le sommet se trouvent dans le sac herniaire. Les parois de la vessie sont très minces et flasques, la muqueuse lisse est normale.

Observation X (P. Berger, 1882). — *Epiplocèle depuis longtemps irréductible, compliquée de cystocèle. — Opération. — Blessure de la vessie. — Suture. — Guérison* (1).

Antécédents. — Le 12 juin 1882, M. P. Berger fut appelé à 11 h. 1/2 du soir chez un homme âgé de 66 ans, vigoureux, doué d'un embonpoint volumineux, qui porte depuis longtemps une hernie irréductible. Celle-ci, occupant la région inguinale droite, était grosse comme un petit œuf ordinaire. Ce malade appliquait sur elle un bandage sans sous-cuisses. Très constipé, il ne souffrait jamais de sa hernie. Il avait, à ce qu'il raconte, depuis 2 jours environ des coliques et de la sensibilité dans l'aine.

(1) Th. agr., Duret, 1883.

Le 12 *juin*, vers 10 heures du matin, en portant un sac, il sent une douleur vive, il constate alors que la hernie est très volumineuse, dure, sensible ; il cherche vainement à la rentrer ; il se met à table, la nourriture lui répugne. Il vomit une seule fois, mais est atteint de coliques vives et de renvois.

Un médecin appelé fait une 1re tentative de quelques minutes, fait mettre G... dans un bain, puis réitère sans succès les efforts de réduction. Quand M. Berger le voit 1 h. 1/2 après l'effort, le malade est très coloré, le ventre est météorisé, tendu, peu sensible ; il a eu des crampes dans les mollets et se plaint de ne pas pouvoir uriner. Dans l'aine droite, tumeur du volume du poing, descendant jusqu'à la moitié du scrotum, mate, superficiellement pâteuse et lobulée, profondément tendue, rénitente, quasi-fluctuante, douleur surtout au niveau de l'anneau inguinal externe. Tentative de réduction sous le chloroforme pendant 3 ou 4 minutes, sans succès. La hernie paraît absolument résister à la réduction.

Opération. — Après avoir pris l'avis de M. Gosselin, le lendemain 13, à 10 h. 1/2, sous l'inhalation chloroformique, on opère avec les précautions antiseptiques. Peau doublée d'une couche graisseuse abondante ; fortes hémorrhagies par 4 branches des honteuses, 24 heures après l'effort. Couche par couche, on divise un sac celluleux très mince, qui, incisé, laisse voir de la graisse molle, œdématiée, sillonnée de grosses veines thrombosées. Cette graisse, qui est manifestement l'épiploon, est parfaitement adhérente aux couches environnantes. M. Berger cherche à l'isoler sans sentir un anneau nulle part ; il la divise avec le doigt sans plus de succès, mais en la renversant en haut et en l'attirant dans ce sens très fortement, il découvre, au-dessous d'elle, adhérente à elle, presque dans son épaisseur, une bosselure gris-noirâtre, tendue, fluctuante, grosse comme une noisette.

Cette bosselure attirée, ne présente ni la couleur ni les arbori-

sations de l'intestin ; plus on l'attire, plus elle se pédiculise sans montrer la forme d'une anse intestinale.

Croyant à l'existence d'un 2e sac herniaire placé sous l'épiploon et renfermant de l'intestin, M. Berger saisit sa paroi avec des pinces, l'incise et aussitôt un jet de liquide limpide, rouge, sans gaz, s'échappe, liquide identique à la sérosité d'un sac herniaire. Alors il agrandit la petite incision dans le sens vertical jusqu'à lui donner 3 centimètres. Mais au lieu de la surface lisse d'un sac, on voit une muqueuse violacée, tomenteuse, et bientôt sur elle quelques grains jaunâtres, analogues à des grains de sable, le tout sans odeur et sans issue de gaz.

Persuadé néanmoins qu'il a ouvert une bosselure du côlon entraîné dans la hernie par l'épiploon et latéralement pincé, il fait tenir solidement l'épiploon ; on suture ensuite avec de la soie phéniquée fine ; la suture vu la difficulté est peu méthodique, il fait d'abord des points séparés entrecoupés au nombre de 4 ; puis 2 points de suture en bourse, grâce auxquels la séreuse paraît bien affrontée et est seule visible. Enfin on suture la partie supérieure (celle qui répondait au mésocôlon) de la plaie à l'épiploon adhérent au sac. Suture superficielle, drain (qui tombe de suite) et pansement de Lister.

Suites. — Le 2e jour on change le pansement. Réunion complète que l'on désunit un peu en dedans, mais les adhérences sont partout très solides déjà. Tout va bien jusqu'au 5e jour. A partir de là, agitation alcoolique, délire sans fièvre. Le 7e jour ventre souple, indolore, la partie interne de la plaie, qui est grisâtre depuis 2 jours, laisse suinter des matières de côlon sales, mêlées de taches huileuses et de gaz.

Depuis lors, l'écoulement d'un liquide comme séreux continue par intermittences ; on fait sourdre quelques bulles de gaz en pressant sur les environs de la plaie ; celle-ci se recouvre de bour-

geons charnus et se rétrécit. A partir du 2e jour, le malade se lève 2 heures par jour.

Il remarque une certaine difficulté pour uriner de temps à autre. Quand cette difficulté existe, l'écoulement par la plaie est plus abondant et le soulage. Ce qui s'écoule est clair, limpide et a une odeur urineuse très marquée. Ce liquide s'écoule parfois par jet dans les efforts de toux ; son écoulement est d'ailleurs fort irrégulier, tantôt abondant, tantôt presque nul pendant plusieurs jours. La plaie n'est plus représentée que par des bourgeons presque imperceptibles.

La compression faite jour et nuit avec un bandage herniaire par dessus le pansement suspend très notablement et même complètement l'écoulement. Pourtant vers le 16 juillet (33e jour) une petite rétention d'urine se produisant, le malade souille de nouveau son pansement. Depuis lors, il a repris son occupation, mais il se produit toujours de temps à autre de l'écoulement d'urine, alternant avec l'occlusion de la plaie. L'écoulement paraît être supprimé par le bandage. 3 mois 1/2 plus tard, la cicatrice est parfaite. Il reste cependant un petit orifice où l'on pourrait à peine introduire une épingle. Le malade se plaint de difficulté d'uriner, au début des mictions qui sont très fréquentes. Il se refuse énergiquement à toute sorte d'exploration (30 sept. 1882).

Observation XI (Feilchenfeld, 1887). — *Un cas de fistule vésicale à la suite d'une cure radicale de la hernie inguinale droite. — Guérison* (Opéré par Israel à Berlin).

Un médecin de 51 ans, atteint de hernie double, se fait opérer de sa hernie droite par Israël à Berlin. Il n'a jamais eu de troubles urinaires ni aucun signe pouvant faire croire à une cystocèle. On sent le testicule en dehors du sac herniaire au fond des bourses.

Opération le 18 mai. — Le sac est isolé jusqu'au collet, puis ouvert, et une anse d'intestin qui s'y trouve est réduite. Le

collet est lié avec du catgut et réséqué. Le péritoine est déchiré en retirant le sac. Les lèvres de la déchirure sont suturées avec de la soie fine. Après quelques jours, il se forme une fistule vésicale.

Guérison définitive de la fistule, le 23 juillet, à l'aide du crayon de nitrate d'argent. Cependant on a dû faire des incisions pour une infiltration urinaire qui s'était faite au pourtour de la plaie.

Feilchenfeld pense que cet accident a été causé par un diverticule de la vessie qui aura été pris dans la ligature du collet.

Observation XII (E. Bœckel, 1887). — *Entérocèle inguinale gauche avec cystocèle. — Opération. — Lésion de la vessie. — Mort par septicémie, à la suite de la gangrène de l'anse intestinale étranglée ?*

Antécédents. — M. X..., âgé de 69 ans, est atteint, depuis 2 ans, d'une hernie inguinale gauche qu'il prétend avoir toujours réduite et contenue facilement au moyen d'un bandage.

En décembre 1887, étant à la chasse, il fait un effort pour franchir un fossé, la hernie sort et il ne peut plus la rentrer. Dans la nuit, elle devient douloureuse au point qu'il fait appeler son médecin. Celui-ci tente le taxis, d'abord sans chloroforme, puis pendant l'anesthésie complète, mais sans aucun succès. Glace sur la tumeur.

Le lendemain matin, M. le professeur E. Bœckel est appelé en consultation. Il constate une hernie inguinale gauche du volume d'une petite pomme, tendue et douloureuse à la pression et occupant le haut du scrotum. Vomissements bilieux, rien ne passe par l'anus. Après un nouvel essai de taxis pendant l'anesthésie au chloroforme qui n'aboutit pas, il procède séance tenante à la kélotomie.

Opération. — A l'ouverture du sac herniaire, on y trouve une anse d'intestin grêle d'une douzaine de centimètres de long,

d'une couleur brun foncé, presque noire, mais encore luisante. L'étranglement très serré est divisé sur deux ou trois points jusqu'à ce qu'on puisse attirer l'anse au dehors et s'assurer qu'elle est restée intacte au niveau du collet.

On la réduit alors et l'on s'occupe de faire une cure radicale. Le sac est mince et libre dans sa 1/2 circonférence externe, mais sa moitié interne est très charnue, entremêlée de flocons graisseux, et adhérente aux tissus voisins. On cherche avec les doigts à en détacher le feuillet péritonéal, mais sans y réussir.

Tout en s'étonnant de l'épaisseur et de la consistance de cette portion du sac qu'on retourne dans tous les sens pour tâcher de s'assurer de sa nature, on se décide finalement à jeter une ligature en masse sur le collet du sac et à le couper au-devant. Il s'écoule de la coupe une cuillerée d'un liquide transparent jaunâtre et l'on y aperçoit une petite cavité à parois lisses. On songe d'abord à un 2e sac herniaire, mais l'examen ne le confirme pas. On fait alors sauter la ligature jetée sur le sac, et en insinuant le doigt dans l'ouverture signalée, on s'aperçoit qu'il glisse vers la ligne médiane dans une cavité assez considérable qui, d'après sa disposition, doit être la vessie. Effectivement l'on y touche le bec d'une sonde introduite par le canal de l'urèthre. Il existait donc, chez notre malade, une cystocèle partielle qui a été comprise dans la ligature du sac et décapitée par le coup de ciseau. Le morceau de vessie enlevé, examiné après coup, était arrondi et mesurait 4 centimètres de diamètre, on y distinguait parfaitement la couche musculeuse et la muqueuse.

En présence de cet incident, M. Bœckel renonça à la cure radicale ; il fit la suture de la plaie vésicale, réduisit cet organe jusqu'au niveau de l'anneau herniaire, y appliqua un tampon de mousseline iodoformée, et par dessus un spica compressif. Une sonde de caoutchouc fut laissée à demeure dans la vessie.

Suites. — A la suite de cette opération, le malade eut une soif

considérable avec temp. de 39°, mais il ne rendit que quelques gouttes d'urine. Puis il tomba dans le délire et succomba au bout de 48 heures avec une anurie complète sans signes évidents de péritonite.

L'autopsie ne fut pas autorisée, de sorte qu'on ne put éclaircir la cause de la mort.

D'après les symptômes, c'était peut-être une septicémie produite par la gangrène de l'anse herniée qui était d'une couleur noirâtre, quoique encore luisante au moment de la réduction.

En récapitulant l'histoire de ce malade, nous sommes portés à admettre que la cystocèle existait d'abord seule, formant cette hernie facile à réduire dont il parlait. Mais la vessie avait entraîné à sa suite une portion de péritoine qui formait un sac vide jusqu'au moment où l'effort pour sauter un fossé y fit descendre une anse d'intestin grêle qui s'y étrangla.

Observation XIII (Guelliot, 1889). — *Cure radicale d'une hernie inguinale de l'intestin à gauche. — Lésion de la vessie découverte 10 jours après l'opération. — Fistule urinaire de l'aine. — Guérison.*

Un homme de 60 ans présente une hernie inguinale de chaque côté, la gauche est irréductible depuis 2 ans et empêche le malade de travailler. A l'examen, je constate que cette hernie contient de l'intestin et une masse dure; grâce au repos l'intestin se réduit; mais en présence de la persistance de la masse précédente, je propose la cure radicale. Immédiatement après l'incision, je tombe sur un sac situé en dehors du cordon, je le dissèque, l'ouvre et n'y trouve ni intestin ni liquide ; je le résèque, le lie, et je suture la plaie. Après 10 jours, je trouve le pansement souillé par de l'urine ; une injection poussée par l'urèthre sort par la fistule de l'aine. J'avais pris la vessie pour un sac herniaire. Je mis une sonde à demeure et le malade guérit.

Observation XIV (E. Bœckel, 1889). — *Hernie inguinale gauche irréductible contenant le cœcum, une grande partie du côlon ascendant et une portion de la vessie. — Cure radicale. — Guérison.*

Antécédents. — Le nommé Guillaume Schallot, né à la Robertsau, âgé de 55 ans, occupé comme garçon dans une grande brasserie, entre le 3 septembre 1889, au service de M. le professeur E. Bœckel, salle 103 de l'Hôpital civil de Strasbourg.

Il porte une hernie scrotale gauche qui a débuté il y a 5 ans, à la suite d'un effort qu'il a fait en soulevant avec un autre garçon un grand panier à 2 anses, rempli de 180 bouteilles de bière. La tumeur qui se forma à la suite n'était d'abord que de très petit volume. Il négligea de porter un bandage, malgré le conseil de son médecin, M. le Dr Wœhrlin, de sorte qu'à force de travailler, la tumeur augmenta de plus en plus.

Aussi la hernie qui ne lui avait guère causé d'inconvénient les premières années de son existence et était restée réductible, commença cette année à donner lieu à des douleurs dans le bas-ventre, qu'il ressentit surtout après les repas. Il n'avait jamais rien éprouvé du côté de la miction. Il n'avait pas d'envies fréquentes d'uriner, pas de rétention, mais il pouvait retenir une très grande quantité d'urine sans inconvénient. La tumeur ne lui a pas paru diminuer de volume après la miction, ni augmenter par la rétention d'urine.

La grosseur considérable de la tumeur, son irréductibilité datant de la dernière année, et les tiraillements douloureux dans le bas-ventre, après les repas, lui firent rechercher le secours du chirurgien.

Le 5 septembre 1889, M. le professeur E. Bœckel lui ayant proposé la cure radicale, y procède en présence de M. le Dr Kayser, de MM. Schmoll, Petri et Hedrich.

La hernie située dans la moitié gauche du scrotum présente un volume de la grosseur de deux poings. Tout essai de taxis échoue ; c'est à peine si l'on arrive à diminuer un peu la masse. L'anneau droit ne présente aucune anomalie, sauf un certain élargissement.

Opération. — Incision cutanée longue de 20, 25 centimètres, sur la partie la plus saillante de la tumeur. Les parois du sac se trouvent épaissies ; l'on traverse un grand nombre de couches fibreuses avant d'ouvrir le sac. Elles sont fortement adhérentes l'une à l'autre et doivent appartenir en partie aux aponévroses des muscles de l'abdomen ainsi qu'au péritoine pariétal.

L'on trouve dans le sac herniaire, ouvert d'abord dans une étendue de 3 à 4 centimètres, un peu de liquide sanguinolent clair ; en élargissant l'incision davantage, on voit plusieurs ecchymoses à la surface des parties herniées, évidemment causées par les essais de taxis. Ces parties sont formées par le côlon et le cœcum avec son appendice vermiculaire, mais on n'aperçoit pas l'iléon.

Le cœcum proémine dans le sac herniaire pour les 3/4 de sa circonférence, mais sa face postérieure, devenue antérieure dans la hernie, n'est pas revêtue de péritoine. En essayant de le repousser dans le ventre, on est arrêté par les points de réflexion du péritoine, de sorte que M. Bœckel se décide à couper ce dernier de chaque côté tout le long de l'intestin hernié. Cependant le cœcum ne se laisse pas encore réduire, il forme une masse globuleuse trop volumineuse pour pouvoir franchir l'anneau inguinal. Il faut encore débrider largement ce dernier pour arriver à la réduction. Il s'agit maintenant de dégager le collet de ce sac herniaire qui a été fendu obliquement dans toute sa longueur et de le lier pour obtenir une cure radicale.

En cherchant à isoler circulairement le sac, on constate que sa moitié inférieure et interne est très épaisse, charnue, mollasse, chose qu'on ne s'explique pas d'abord très bien. On songe un instant à un deuxième sac herniaire, mais M. Bœckel, éclairé par un

cas de cystocèle qu'il avait observé il y a un an, émet l'opinion qu'il s'agit de la vessie. En effet, en relevant avec les doigts une couche graisseuse, on reconnaît des fibres musculaires lisses réticulées. On fait une injection par l'urèthre, à l'aide d'une sonde, mais la poche herniée ne se remplit pas ; c'est seulement après un débridement plus étendu de l'anneau qu'elle se gonfle à la suite de l'injection d'une seconde seringue de solution boriquée. On ne doute plus alors que cet épaississement de la partie postérieure interne du sac herniaire soit formé par une partie de la vessie non recouverte de péritoine. La partie déplacée doit appartenir à la paroi latérale gauche de cet organe. Après le nouveau débridement et la réduction du cœcum, la vessie rentre facilement, M. Bœckel fait alors attirer fortement le sac herniaire au dehors, et traverse le milieu du collet avec une aiguille armée d'un fil de soie phéniquée. Chaque moitié est liée isolément et les extrémités de l'une des anses sont encore serrées autour de l'ensemble, puis on coupe le sac au-devant de la ligature et l'on réunit l'incision abdominale avec des points de suture au crin de Florence, comprenant toute l'épaisseur de la paroi.

Toute l'opération, avec le pansement, a duré un peu moins de 1 h. 1/2. En guise d'éponges on s'est servi comme à l'ordinaire de mousselines imbibées d'une solution de sublimé au 1/1000. Les petits vaisseaux divisés ont été liés au catgut.

Il y a lieu d'admettre que la hernie du cœcum a été primitive et que la vessie a été entraînée par ce dernier.

Marche. — Les 3 premiers jours après l'opération le malade se trouve bien, sa température est normale, on lui administre de l'opium.

Le 8 *septembre.* — Dans la matinée, une selle médiocre spontanée, malgré l'opium un peu de sensibilité exagérée et de ballonnement de l'abdomen. Sujet très remuant. Temp. soir, 38°6

Le 9. — Pansement, bon aspect de la plaie ; on laisse encore

les sutures. Lavement de glycérine, huile et jaune d'œuf sans effet. Lavement à l'eau de savon sans selle. Ventre très ballonné et sensible dans la fosse iliaque droite (côté opposé à la hernie).

Le 10. — Selle normale après huile de ricin. Le malade rend spontanément 2.000 centimètres cubes d'urine dans les 24 heures; il rend 300 centimètres cubes en une fois, mais il reste environ 80 centimètres cubes qu'il n'a pu vider, et que l'on fait couler à l'aide d'une sonde. La vessie paraît donc surdistendue.

Par contre, en voulant lui injecter de la solution boriquée à l'aide de l'irrigateur pour constater la capacité de la vessie, on ne parvient pas même à y faire entrer 100 centimètres cubes, circonstance dont on ne s'explique pas la véritable cause. Pendant la miction le malade ne ressent pas de différence entre mainenant et autrefois.

Le 12. — On enlève les sutures dont celles du haut. T. 39°6.

Le 16. — Le malade devient de plus en plus remuant, divague et se promène dans la salle « pour décharger de la houille d'un bateau », et il fait ses besoins dans la salle quand il n'est pas surveillé. On attribue ces symptômes à une intoxication par la poudre d'iodoforme que l'on avait projetée en assez grande quantité sur le moignon du sac. Point d'iode dans les urines, suppuration des points de suture à l'angle supérieur. La température diminue. On panse à la pommade de salol, 15 grammes pour 40 de vaseline et 10 de paraffine solide.

Le 20. — Suppuration des couches superficielles. La température redevient normale. La sensibilité du côté du cœcum a diminué.

Le 22, moins de suppuration, le malade se promène souvent dans la salle, toujours sous l'influence de l'iodoforme. Injection de morphine le soir.

Au commencement de la 3e semaine, la cicatrisation de la plaie est achevée, sauf une petite fistule suintant légèrement. Mais le

malade se trouve bien et a repris ses sens. Il porte une ceinture de Raynal à pelote plate, et se lève à partir de la 5e semaine.

Au bout de la 6e semaine, le malade quitte l'hôpital. En le faisant tousser on ne constate pas la moindre tendance à la récidive.

Observation XV (Hedrich, 1890). — *Cure radicale d'une tumeur herniaire inguinale droite formée par une tumeur kystique et une portion de la paroi vésicale. — Lésion involontaire de la vessie pendant l'opération. — Mort après 3 semaines, à la suite de dysenterie catarrhale.*

Le nommé Gustave H..., maçon, âgé de 56 ans, entre le 26 avril 1890, à l'hôpital civil, au service de M. le professeur E. Bœckel, pour des douleurs qu'il ressent dans une tumeur herniaire de la région inguinale droite.

Antécédents. — A l'âge de 24 ans, le sujet est atteint d'uréthrite blennorrhagique qui disparaît après 4 mois (?) grâce à un traitement interne au copahu. Deux ans plus tard, il remarque qu'en urinant le jet devenait de plus en plus mince.

En 1880, à l'âge de 46 ans, il entre à l'hôpital pour une rétention d'urine. On pratique le cathétérisme et le munit d'une sonde pour qu'il se préserve d'une nouvelle rétention.

En 1875, ainsi il y a 15 ans, il s'est formé une tumeur herniaire de la région inguinale droite. Pendant quelques années cette hernie est très bien maintenue à l'aide d'un bandage qu'il enlève seulement le soir au lit. Mais depuis 3 ans environ, il ressent certains troubles urinaires consistant en de fréquents besoins d'uriner et en des douleurs pendant la miction. Il ressent un besoin impérieux d'uriner toutes les 20 minutes. Il s'écoule alors peu d'urine, et après la miction quelques gouttelettes s'écoulent encore dans son linge. En lâchant l'urine, il s'aperçoit que la tumeur diminue de volume et devient plus facilement réductible. En retenant l'urine pendant quelque temps, la hernie augmente de vo-

lume. La tumeur est entièrement réductible jusqu'alors et n'a jamais donné lieu à un étranglement. Depuis qu'existent les troubles urinaires, une masse dure persiste dans le pli de l'aine droite après la réduction d'une partie de la tumeur. Le 25 avril 1890, à 2 heures de l'après-midi, pendant qu'il porte le bandage, il ressent des douleurs aiguës du côté de la hernie en soulevant une brouette chargée de pierres de taille. Il rentre pour se coucher. Le médecin applique de la glace, mais ne parvient pas à réduire la hernie. 24 heures après cet accident, le malade vient à l'hôpital.

État à l'entrée. — Le sujet est amaigri et a l'air abattu. A l'auscultation, on entend un souffle au sommet gauche par devant. La respiration est accélérée et difficile. Il rend des crachats purulents en assez grande quantité et prétend souffrir de la poitrine depuis plusieurs mois. Il est donc atteint d'une bronchite chronique.

Dans le pli de l'aine gauche, on constate une hernie inguinale qui présente des gargouillements et qui est facile à réduire. A droite, il existe une tumeur située au niveau de l'anneau inguinal externe qu'elle masque complètement. Elle dépasse le volume d'un œuf de poule et est très dure, résistante et irréductible ; la forme est globuleuse et non pas allongée dans le sens du canal inguinal. En exerçant une pression régulière sur la tumeur, on ne constate aucune diminution de son volume. Au fond du scrotum on sent le testicule droit et le cordon qui semble disparu derrière la tumeur herniaire.

La hernie est douloureuse au toucher, mais le malade n'a pas vomi quoiqu'il n'ait pas eu de selles, ni rendu de vents depuis 2 jours.

En présence des signes fonctionnels sur lesquels le malade attire mon attention, le jour de son entrée, je pratique le cathétérisme de l'urèthre en soupçonnant d'emblée une cystocèle et dans l'intention d'en faire le diagnostic par l'injection d'eau boriquée,

pour pouvoir constater la communication de cette dernière avec la tumeur. Toute tentative de cathétérisme est inefficace, pendant ces essais, le malade après une rétention d'urine de 15 heures, urine spontanément, de sorte que je renonce au cathétérisme pour le moment, en admettant un rétrécissement de l'urèthre. L'urine rendue est claire.

Quand M. le professeur Bœckel voit le malade le lendemain dimanche, il n'ose pas remettre l'opération au lundi, quoique les signes d'étranglement ne soient pas bien caractérisés.

M. Bœckel m'engage à pratiquer l'opération immédiatement en sa présence, avec l'assistance de MM. Schmoll et Leclerc. 43 heures sont passées depuis l'effort douloureux. On opère en vue de procéder à une cure radicale en même temps que de faire cesser les douleurs.

Opération. — Incision sur la tumeur, couche par couche et avec précaution. Après la division de la peau dans une étendue de 15 centimètres environ, l'on tombe sur différentes enveloppes fibreuses relativement minces que l'on fend sur la sonde cannelée. A l'incision d'une de ces couches fibreuses, il s'écoule un liquide clair, d'aspect séreux. On croit d'abord avoir ouvert le sac herniaire proprement dit, mais au lieu de trouver un intestin dans la cavité ouverte, l'on sent une masse dure et résistante que l'on met à nu en élargissant l'incision des couches fibreuses qui la recouvrent.

On se trouve alors en présence d'une masse charnue rouge foncé dépassant en volume la grosseur d'un œuf de poule et couverte par un réseau de veines dilatées. On cherche à pénétrer dans la profondeur de cette masse charnue en la déchirant avec les doigts et en pensant qu'on avait affaire à un sac épaissi. Après avoir écarté de cette manière les parties recouvrant le sommet de la tumeur, on arrive sur une seconde tumeur à surface lisse et blanchâtre d'aspect graisseux. En contournant cette deuxième tu-

meur avec le doigt, on n'arrive nulle part à pénétrer dans une cavité. Elle est au contraire très adhérente au paquet veineux qui la recouvre. On est donc porté à croire que le vrai sac n'est pas encore ouvert et que cette dernière tumeur représente le sac herniaire. On l'incise en tendant sa paroi entre les doigts, et on tombe dans une poche sans aucun contenu à surface interne lisse. On pense un moment à la muqueuse vésicale ; mais cette idée est bientôt rejetée en raison de l'aspect lisse que présente la surface interne de cette cavité. En y pénétrant avec le doigt, on n'arrive ni dans le péritoine ni dans la vessie. Le sac semble être fermé partout comme un ballon ; il est impossible de constater une issue, pas même avec un stylet. Ce n'est donc pas un sac herniaire proprement dit, mais bien un kyste de nature inconnue.

Sans trop être orienté sur la vraie nature de la tumeur herniaire, on procède à la toilette de la plaie, c'est-à-dire à l'ablation des différentes parties de la tumeur. D'abord on enlève le paquet veineux contournant la poche décrite. On y parvient sans avoir besoin d'une ligature, malgré le grand nombre de veines dilatées en forme de varices, ces dernières étant toutes thrombosées. La base de la tumeur est contournée par un cordon fibreux que l'on tient d'abord pour le cordon spermatique. Mais celui-ci se laissant constater à la paroi postérieure de la tumeur, on pense qu'il s'agit d'une veine vide de sang. On l'isole avec une pince. On enlève alors la conglomération veineuse à coups de ciseaux, après avoir mis des ligatures au catgut sur la base des lambeaux qu'on en forme. Ensuite on lie le kyste après l'avoir isolé jusqu'à l'anneau inguinal. En examinant le pédicule ainsi formé pour reconnaître ses connexions, on constate que le péritoine n'est pas ouvert et que l'anneau inguinal externe est encore recouvert d'une couche de tissus qui le masquent. Par contre, on pénètre avec une sonde, par le centre, à 20 centimètres de profondeur, mais cette sonde n'est pas libre dans le péritoine, elle butte contre une

paroi. On force alors, dans ce trajet, le doigt qui est serré par le bord tranchant de l'anneau inguinal externe. L'index se trouve alors dans une cavité qui se dirige vers la partie médiane et derrière le pubis, et l'on a le sentiment de toucher à la muqueuse de la vessie et à certains plis de cette cavité. Il ne s'écoule pas de liquide, mais on admet dès lors que la vessie est ouverte d'autant plus qu'on avait déjà soupçonné une cystocèle avant et pendant l'opération. M. Bœckel essaie d'introduire une sonde dans l'urèthre pour injecter de l'eau boriquée. Mais il rencontre un rétrécissement très serré au niveau du bulbe, et finalement on n'arrive à passer qu'avec une bougie filiforme. Celle-ci est de suite sentie avec le doigt dans la cavité qui explore l'index et ramenée par l'anneau inguinal de la plaie opératoire. On se voit donc en présence d'une lésion involontaire de la paroi vésicale droite, herniée à travers l'anneau inguinal externe et méconnue à l'opération. Avec un rétrécissement si étroit de l'urèthre, on ne peut pas penser à suturer la plaie vésicale. On fixe la bougie, passée par l'urèthre et sortant par la plaie, à l'aide du fil lié aux deux bouts de la bougie, en vue d'élargir le canal en le laissant en demeure. A l'aide du gorgeret uréthral qu'on plonge dans le réservoir urinaire à travers la plaie, on fixe les bords de la plaie vésicale aux bords de la plaie cutanée, avec deux sutures au fil de soie. Puis on place 2 tubes de Perrier dans la vessie, à travers l'anneau inguinal et les fixe avec un crin de Florence à la peau. La plaie est ensuite fermée avec 5 sutures au crin de Florence. Par dessus ce tout, on applique un pansement antiseptique.

Examen des pièces. — Les masses veineuses extirpées pèsent 27 grammes et sont constituées par de très gros vaisseaux veineux thrombosés et entrelacés avec des fibres charnues qui paraissent avoir apparenté aux crémasters, c'est-à-dire être formées par les fibres musculaires de l'oblitération interne et du transverse.

Les veines doivent appartenir au plexus veineux du cordon sper-

matique, malgré l'absence complète de varicocèle du cordon et du testicule. La thrombose de ces vaisseaux paraît avoir été produite par la compression exercée par l'anneau externe sur le collet des masses herniées et la stagnation consécutive du sang dans les vaisseaux.

Le caractère de la poche herniaire extirpée ne peut être précisé au juste. A l'examen macroscopique, on pense à un sac herniaire oblitéré. Mais l'autopsie fait paraître cette supposition comme invraisemblable. Elle se trouve recouverte d'une mince couche de graisse régulièrement étalée sur sa partie externe. Elle pèse 17 grammes et mesure 8 centimètres de long sur 5 centimètres de large. On ne constate nulle part d'accumulation de graisse qui rappellerait le lipome vésical. En fait de tissus qui auraient pu avoir fait partie de la vessie, on ne trouve que quelques fibres charnues adhérentes.

Marche. — Le jour de l'opération et le lendemain, les tubes fonctionnent bien, l'urine est sanguinolente.

29 *avril.* — Le pansement est mouillé par l'urine, on l'enlève et on trouve la plaie en bon état. On laisse les sutures en place. L'urine est encore sanguinolente. On injecte un peu de solution boriquée par l'un des tubes. Cette solution ressort par l'urèthre, à côté de la bougie filiforme qui s'y trouve à demeure. On décide l'uréthrotomie interne pour le 30 avril, pour pouvoir supprimer les tubes et laisser se fermer la fistule vésico-cutanée aussitôt que possible.

30. — M. Bœckel pratique l'uréthrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve. On retire les tubes de Perrier de la fistule et laisse une sonde en gomme dans l'urèthre. Celle-ci fonctionne mal, le pansement est fortement trempé d'urine le lendemain. En essayant d'injecter de l'eau par la sonde, on la trouve bouchée. En la retirant (1er mai) on la trouve coudée au bout; on introduit alors une sonde molle en caoutchouc n° 18. Cette sonde fonctionne

bien. Cependant le pansement se mouille encore. La température dépasse la normale de quelques dixièmes.

3 *mai*. — On enlève les sutures au crin de Florence. La plaie est bien réunie. Le pansement est souillé d'urine.

4. — Le malade n'a pas eu de selle depuis la 1re opération. Il a le ventre ballonné et vomit à plusieurs reprises.

5. — Pas de selle, malgré l'eau laxative et les lavements purgatifs qu'on administre. Les vomissements continuent. Le malade est un peu abattu. L'eau qu'on injecte par la sonde à demeure, coule encore par la fistule. La plaie est en bon état. Le pansement est encore mouillé.

On supprime la sonde à demeure. Les vomissements qu'on avait regardés comme signe de péritonite s'expliquent aujourd'hui par la découverte d'un *étranglement* de la hernie inguinale de l'autre côté ; cette hernie était facilement réductible au moment de l'opération, on n'y avait plus attaché d'importance. Au palper, on sent dans l'aine gauche une masse médiocrement dure et résistante du volume d'une grosse noix, admettant la forme irrégulière que lui imprimaient les doigts par la pression exercée sur elle. C'était donc une anse intestinale étranglée contenant des masses stercorales. On arrive après quelques essais de taxis, non sans peine, à réduire cet étranglement cessant pendant quelques jours.

6. — (9e jour). Encore pas de selle. Nouvelle dose d'eau laxative sans effet, lavement sans effet.

9. — En présence de la parésie persistante de l'intestin, d'un ballonnement excessif de l'abdomen et de nouveaux accès de vomissements de masses noirâtres, on doit forcément admettre une occlusion intestinale sans pouvoir en préciser le siège ou la nature.

En l'absence de M. le professeur E. Bœckel, M. Jules Bœckel procède à une incision exploratrice dans l'hypochondre gauche, en vue de faire un lavage du péritoine à l'eau bouillie en cas de

péritonite ou de pratiquer une entérotomie si la cause de l'occlusion restait obscure. Les anses de l'intestin grêle qui font hernie à travers l'incision exploratrice, ne présentent pas de trace de péritonite, et la vraie cause de la parésie intestinale ne pouvant être trouvée, M. Jules Bœckel fait un anus contre nature en suturant circulairement une anse dans la plaie abdominale et en l'incisant le lendemain (24 heures après la fixation). On nettoie en même temps la plaie vésicale suppurant à force d'être souillée par l'urine, et on replace les tubes de Perrier dans la fistule vésicale pour mieux faire écouler l'urine et pour éviter que la plaie ne soit souillée.

Après cette intervention, il s'échappe des gaz et des matières fécales en très grande quantité par l'anus contre nature. En même temps des matières partent par l'anus naturel ; mais le ballonnement du ventre ne diminue que de très peu.

Le malade succombe le 16 mai, 19e jour après l'opération, avec des signes de dépérissement général et de délire.

Autopsie. — 17 mai (faite par M. le professeur von Recklinghausen). — L'inspection des *poumons* révèle une bronchite purulente.

Le *cœur*, le *foie* et les *reins* ne présentent rien de particulier. Pas de liquide dans le péritoine et pas de péritonite.

A l'examen de l'*intestin*, on constate un ulcère perforant de la partie horizonto-supérieure du *duodénum*. Cet ulcère rond, d'un centimètre de diamètre, mène dans le tissu rétro-péritonéal où il a produit une inflammation sans formation de pus. Cette lésion explique les vomissements noirâtres.

Le *côlon* est très dilaté dans son commencement et dans sa portion transversale ; il est augmenté du triple de son calibre, et contient des gaz et des matières fécales en énorme quantité. La muqueuse de ces parties est dans un état de gangrène produit par une dysenterie catarrhale, c'est-à-dire par la coprostase dont

était atteint le malade pendant 15 jours. Cette gangrène a même mené à différents points, à des perforations dans le tissu cellulaire rétro-intestinal. Par contre, la partie sigmoïde du gros intestin est très rétrécie, et présente des diverticules et des épaississements cicatriciels de ses parois. La muqueuse de la vessie est dans un état de diphthérie sans que le péritoine qui recouvre l'anneau inguinal montre la moindre trace de péritonite. La vessie est en outre très petite, à parois épaissies, et la paroi supérieure droite mène jusque dans l'orifice cutané de la plaie opératoire. Le cordon droit paraît intact, de même que les testicules. Les ganglions de l'aine ne sont pas augmentés de volume. Le sac herniaire du côté gauche, non opéré, est déshabité. A l'anneau inguinal droit, on remarque, du côté de la cavité abdominale, un enfoncement du péritoine en forme de doigt de gant, sans aucun contenu, et admettant l'index sur une étendue de 4 centimètres seulement. La cavité péritonéale n'est pas ouverte et la vessie paraît herniée à travers l'anneau externe, ainsi directement et, comme il paraît, indépendant de la hernie péritonéale.

A en juger d'après les faits topographiques de la région opératoire, et d'après l'examen des pièces excisées, M. von Recklinghausen est porté à admettre que la tumeur herniaire extirpée est la tumeur primitive, et qu'elle représente un kyste ganglionnaire ou un kyste vésical, ou encore un kyste du cordon spermatique, qui aurait donné lieu, par entraînement, à une hernie secondaire de la vessie, à travers l'anneau externe, ainsi directement, et comme il paraît, indépendamment de la hernie péritonéale.

A en juger d'après les faits topographiques de la région opératoire et d'après l'examen des pièces excisées, M. von Recklinghausen est porté à admettre que la tumeur herniaire extirpée est la tumeur primitive et qu'elle représente un kyste ganglionnaire ou un kyste vésical, ou encore un kyste du cordon spermatique

qui aurait donné lieu par entraînement à une hernie secondaire de la vessie, à travers l'anneau interne, mais il nie que la poche excisée puisse être un diverticule de la vessie, la face interne de la poche étant trop lisse et ne présentant pas le caractère de la muqueuse vésicale. Quant à la cause de la mort, elle est attribuée à la sepsie générale à marche lente produite par la gangrène du gros intestin. Ce dernier état pathologique serait produit à son tour, aussi bien par l'étranglement tant de la hernie gauche que par le rétrécissement et les diverticules de l'S iliaque.

Jour d'entrée	26	avril,	»	37°.6
« d'opération	27	«	37°	37°.5
	28	«	37°.5	37°.6
	29	«	38°	38°.6
	30	«	37°.4	38°.8
	1er	mai	37°.5	38°
	2	«	38°.1	38°.9
	3	«	37°.4	37°.2
	4	«	37°.2	37°.8
	5	«	37°.4	37°.4
	6	«	37°	37°.2
	7	«	37°	37°.4
	8	«	37°.4	38°.4
	9	«	37°.2	38°
	10	«	38°.4	38°.2
	11	«	38°.8	38°
	12	«	38°.2	38°.6
	13	«	38°	38°.4
	14	«	37°.8	39°.3
	15	«	39°.2	38°.4

Observation XVI. — (Thiriar, 1891). — *Entéro-cystocèle inguinale droite. — Déchirure de la vessie. — Suture. — Guérison.*

Le sieur D... âgé de 55 ans, maçon, est entré le 14 février 1890, pour se faire opérer d'une énorme hernie inguinale droite qu'il porte depuis 10 ans. Pendant 7 ans, il a pu la réduire et la maintenir par un bandage ; depuis 3 ans elle est devenue plus irréductible et très *douloureuse.*

La tumeur est considérable, elle descend jusqu'à la partie moyenne des cuisses, elle est en partie réductible et on constate parfaitement qu'il reste dans le sac une partie du contenu que toutes les tentatives ne parviennent pas à faire rentrer.

Toutes les fonctions sont normales. Rien de particulier du côté de la miction.

Opération. — Je pratiquai l'opération le 20 février, je fis une légère incision partant de l'anneau inguinal et arrivant à la partie inférieure de la tumeur ; le sac fut ouvert et j'y trouvai presque tout l'intestin grêle facilement réductible, en outre le cœcum et son appendice adhérents complètement. La libération de ces organes fut très laborieuse, et lorsque je fus parvenu à les réintégrer dans la cavité abdominale, je procédai à la dissection du sac qui fut facilement séparé des éléments du cordon. Arrivé près de l'anneau inguinal, vers la partie interne, je constatai un épaississement notable de la paroi de ce sac ; je pris cela pour du tissu fibreux, et en le dissociant prudemment avec les doigts, je tombai tout à coup dans une cavité tapissée par une muqueuse lisse, polie. Aucun liquide ne s'écoula de cette cavité ; un examen attentif me fit bientôt constater que j'avais affaire à la vessie ; le doigt introduit par l'ouverture rencontrait une sonde introduite par le canal de l'urèthre.

Cette déchirure fut provisoirement fermée par quelques pinces

de Péan, la dissection du sac s'acheva rapidement ; bientôt il fut lié au delà de l'anneau inguinal au moyen de 2 solides ligatures et ensuite il fut réséqué. Je procédai ensuite à la suture de la vessie qui était dépourvue de péritoine et formée par conséquent par la couche musculaire et par la muqueuse. Tout d'abord, je réunis la muqueuse seule par 12 points de suture en fin catgut. Ces points étaient placés de façon à ce que les nœuds fussent situés dans la vessie, sauf le dernier bien entendu ; sur ce 1er étage de sutures, j'en établis un second, composé de 8 points de Lambert, en catgut plus fort, ne comprenant que la couche musculeuse. La vessie ainsi herniée fut refoulée au delà de l'anneau et les piliers de celui-ci furent ensuite suturés par 3 points de gros catgut. Par mesure de précaution un petit drain fut placé dans le voisinage de façon à faciliter l'écoulement de l'urine si la suture vésicale venait à manquer. Un gros drain fut placé à la partie inférieure des bourses et une suture en surjet réunit ensuite la vaste plaie cutanée. Après le pansement je plaçai une sonde de Nélaton dans la vessie. Les suites de cette opération furent tout à fait anodines ; un petit abcès qui se forma dans le voisinage du gros drain fut ouvert le 29 février ; dès le 23, la sonde de Nélaton fut enlevée et l'opéré put uriner normalement. La température resta normale. Le 7 avril l'opéré sortit de l'hôpital.

Observation XVII.

L'observation de M. le Dr Polaillon nous fait défaut au dernier moment. Le diagnostic, dans ce cas, était impossible à faire. La présence de la vessie ne fut signalée que par l'écoulement d'urine qui se produisit pendant l'opération. Le malade mourut quelques heures après de choc opératoire. L'autopsie ne put être faite.

Observation XVIII (Dr Walther, 11 juillet 1892). — *Hernie inguinale droite étranglée. — Hernie de la vessie.*

L... Edouard, âgé de 59 ans, ouvrier boutonnier, entre le 11 juillet 1892, dans l'après-midi, à l'hôpital Tenon (salle Montyon, n° 20) pour une hernie inguinale droite, présentant depuis 24 heures des accidents d'étranglement.

Appelé immédiatement par M. Benoît, interne de garde, je vois le malade à 6 heures du soir.

La hernie, dont l'apparition remonte à l'âge de 30 ans, était toujours, dit le malade, assez bien maintenue par un bandage, et, en tous cas, n'avait jamais été, à aucun moment, difficile à réduire.

Hier soir, brusquement sortie, elle est restée irréductible ; deux tentatives de taxis ont été pratiquées hier soir et ce matin.

Constipation absolue. Aucune émission de gaz ; vomissements. La tumeur est très volumineuse et descend jusqu'au fond des bourses ; mais elle est souple et molle dans presque toute son étendue.

A la partie supérieure seulement, au niveau de l'anneau inguinal, existe une masse arrondie, du volume d'un œuf, tendue, résistante, donnant la sensation d'une anse intestinale étranglée.

Le diagnostic semble donc bien établi : hernie ancienne, avec sac volumineux, contenant probablement de l'épiploon, et, en tous cas, une certaine quantité de liquide donnant cette sensation de mollesse et de fluctuation ; à la partie supérieure, anse intestinale étranglée.

Au moment où on allait commencer la chloroformisation le malade demande à uriner et rend une très petite quantité d'urine claire.

Depuis le début des accidents d'étranglement, les mictions ont été pénibles et fréquentes.

Opération. — Le malade endormi, la région soigneusement rasée et aseptisée, le sac est mis à nu par une longue incision de 15 centimètres, allant de l'anneau jusqu'au fond des bourses.

A l'ouverture du sac, il ne s'écoule qu'une quantité insignifiante de liquide. Le sac contient :

1° Une volumineuse poche kystique sortant par la partie interne de l'anneau inguinal ;

2° Une anse intestinale étranglée, occupant la partie externe de l'anneau.

L'anse intestinale, bien désinfectée, est facilement réduite après un léger débridement de l'anneau, qui pouvait à peu près admettre l'extrémité de trois doigts.

La poche, qui occupe la partie interne de l'anneau, descend jusqu'au fond du sac. *Elle est absolument libre d'adhérences.* La couleur de cette poche est d'un blanc jaunâtre, sa surface recouverte de péritoine ; ses parois, épaisses, glissent facilement l'une sur l'autre. Sa cavité contient une petite quantité de liquide.

Introduisant le doigt dans l'anneau inguinal, je puis facilement constater que la partie supérieure de cette poche, ramassée en une sorte de pédicule, plonge dans l'intérieur du bassin et derrière le pubis.

Un aide ayant alors introduit une sonde dans la vessie, je puis m'assurer que l'extrémité de cette sonde pénètre dans la portion intra-pelvienne de la poche ; il s'agit donc d'une *hernie de la vessie.*

Mais, il est impossible de réduire cette poche à parois épaisses, et qui semble, depuis longtemps herniée, avoir perdu droit de domicile dans la cavité pelvienne.

La réduction n'est possible qu'après un large débridement à ciel ouvert du canal inguinal.

La vessie herniée une fois réduite, il est facile de constater que la portion extra-péritonéale de l'organe avait, elle-même, été en-

traînée jusqu'au bord de l'anneau inguinal profond : la hernie *par bascule* du fond de la vessie avait progressivement amené un déplacement *par glissement* de la partie latérale droite extra-péritonéale.

Mais, cette paroi vésicale, dépourvue de péritoine, qu'on aperçoit facilement à la partie inférieure de l'anneau largement ouvert, ne s'engage pas dans l'anneau, n'est pas complètement herniée.

La cure radicale est alors pratiquée. Le sac, isolé, est lié très haut et réséqué ; le canal inguinal est suturé avec de la soie plate n° 4.

Sutures de la peau avec le crin de Florence. Drainage. Pansement iodoformé.

Suites. — Le soir même, le malade, alcoolique, s'agite et enlève son pansement. Mais ce pansement est immédiatement refait.

Il n'y a pas eu d'infection, pas d'élévation de la température.

La guérison marche sans aucun incident ; et aujourd'hui, 18 juillet, peut être considérée comme définitivement assurée.

Le volume de la portion herniée de la vessie, l'épaississement considérable de ses parois, le rétrécissement de la partie supérieure en forme de pédicule, l'impossibilité de la réduction sans un large débridement de l'anneau, montrent qu'il s'agit ici d'une hernie ancienne.

Les troubles urinaires ne se sont manifestés qu'à l'occasion de l'étranglement, sous l'influence de la compression exercée au niveau de l'anneau, par l'anse étranglée sur ce pédicule vésical.

Un point fort intéressant est l'*absence de toute adhérence* de la vessie herniée au sac ou à l'intestin.

Observation d'un cas de production exceptionnelle d'une cystocèle, inguinale. — *Kyste hydatique du petit bassin ayant déterminée une hernie de la vessie.* (M. C. Perrin, — *Bull. Soc. anat.* 1873, p. 412-418).

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un kyste du petit bassin. Le volume de la tumeur, joint à l'absence de troubles fonctionnels graves, et surtout le déplacement viscéral qu'elle a déterminé, m'ont paru constituer un fait tout à fait exceptionnel, et à ce titre mériter un instant votre attention.

Le sujet sur lequel je l'ai rencontré par hasard, est un robuste vieillard mort d'apoplexie foudroyante, après un séjour de trente-six heures à l'infirmerie. L'aspect général, l'examen des organes, le développement du système musculaire, tout indique qu'il jouissait, au moment où la mort l'a surpris, de la santé la plus florissante. — En enlevant les parois abdominales on découvre dans le bas-ventre une masse fluctuante, ovoïde et placée de telle sorte que son grand diamètre représente sensiblement l'axe du petit bassin ; l'une de ses extrémités repose obliquement sur le rectum vers le niveau de la troisième pièce du sacrum, et prend en ce point des adhérences sur l'aponévrose périnéale supérieure à l'aide d'une bande fibreuse disposée transversalement dans une étendue de 8 centimètres ; l'autre a franchi le détroit supérieur du petit bassin, remonte jusqu'à cinq centimètres au-dessous de l'ombilic, de telle façon que, par la palpation et la percussion dans la région hypogastrique, il est facile, malgré l'épaisseur des parties, de la limiter et de reconnaître sa nature. Si l'on introduit profondément le doigt dans le rectum, on perçoit en avant une surface convexe, rénitente, et qui se soulève en masse par la pression. Combinant cette manœuvre avec la palpation hypogastrique, on sent les mouvements d'élévation de la tumeur, mais soit par ce procédé, soit par la percussion du kyste ou immédiate ou à travers les parois de

l'abdomen, je ne puis obtenir aucune espèce de frémissement hydatique.

En cherchant à préciser les rapports de cette tumeur avec les organes environnants, j'ai reconnu un très remarquable déplacement de la vessie qui ne s'est pas encore produit dans des circonstances semblables.

La moitié antéro-supérieure de la vessie a abandonné le petit bassin pour venir se loger dans la cavité scrotale du côté gauche. Ainsi, la forme totale de l'organe est celle d'un bissac contourné en fer à cheval et embrassant dans sa concavité l'os des pubis. La portion herniée forme une tumeur volumineuse, allongée, sans altération de couleur à la peau, et semblable en tous points à la hernie inguinale ordinaire. Si on la comprime, l'urine s'échappe par le canal, la hernie s'affaisse et ne représente plus qu'une masse ovoïde dure et mamelonnée. Ayant incisé la peau et le dartos, je trouve en dehors de la tunique fibreuse une poche vésicale à parois hypertrophiées et pouvant contenir environ 150 grammes de liquide. Cette poche est recouverte d'une couche de graisse très adhérente et très épaisse. Le testicule et le cordon, recouverts de leur tunique vaginale et fibreuse, sont rejetés en arrière et en dehors. La partie non herniée est constituée par le bas-fond de la vessie soulevé et entraîné derrière la symphyse pubienne ; en arrière, elle touche à la tumeur, mais en avant, près du col, elle est entièrement libre et soustraite à toute compression. Enfin, la portion rétrécie du bissac appuie sur la branche horizontale gauche du pubis en dehors de l'épine de cet os ; des adhérences nombreuses la fixent au pourtour de l'anneau.

Les uretères descendent jusqu'au fond du petit bassin, s'accolent sur les faces latérales du kyste, comme on peut le voir sur la pièce et remontent de bas en haut et d'arrière en avant pour gagner la vessie.

Le péritoine, arrivé au niveau de la symphyse sacro-iliaque, quitte

la face antérieure du rectum, se porte sur la tumeur, qui en est coiffé dans toute sa portion abdominale, puis redescend vers les pubis, touche à peine, en ce point, à la vessie et se continue avec le péritoine pariétal derrière l'anneau inguinal externe. J'aurais bien désiré conserver cette curieuse disposition sur le bassin même ; malheureusement, je n'ai pu disposer du sujet. Ayant été obligé d'extraire la tumeur sans toucher au bassin, il m'a été également impossible d'étudier les modification de forme et de siège qu'auraient pu subir les vésicules séminales. Le rectum ne m'a présenté rien de particulier.

Le kyste présente à peu près la forme et le volume d'une tête de fœtus à terme ; son grand diamètre est de 15 centimètres, ses diamètres tranversaux de 9 à 11 centimètres, et son poids de 900 grammes ; ses parois, de nature fibreuse et inégalement résistantes, sont le siège d'une vascularisation très riche, disposée en houppes ou en réseau à mailles très fines. Vers le sommet de la tumeur et dans une étendue de 5 à 6 centimètres carrés le sac s'épaissit et affecte une apparence cartilagineuse ; à l'autre extrémité, se trouve une bande fibreuse assez large, sorte de pédicule qui servait seul de point d'attache solide au kyste, car le reste de sa surface était revêtu d'un tissu cellulaire lâche. On remarquait çà et là des traînées rougeâtres d'aspect musculaire, mais qui n'étaient sans doute que du tissu cellulaire gorgé de sang.

Voulant m'assurer du contenu de ce kyste, j'ai pratiqué une ponction à travers laquelle sont sorties deux acéphalocystes et une petite quantité de sérosité limpide. A l'examen microscopique, que je dois à l'obligeance de M. Robin, la plupart des hydatides contenaient une grande quantité d'échinocoques, mais très peu de crochets libres. Si l'on plonge le doigt dans l'intérieur de la poche on rencontre un grand nombre d'acéphalocystes de toutes dimensions.

Je n'ai point de renseignements directs relativement aux troubles

fonctionnels qui ont pu exister pendant la vie, mais ce que je puis dire, c'est que cet homme, au moment où il est mort, était en pleine santé, c'est qu'il habitait l'hôtel des Invalides depuis longtemps, et qu'il n'était jamais venu réclamer les services de la chirurgie. D'autre part, il a été sondé plusieurs fois sans difficulté ; pendant sa longue agonie, des lavements lui ont été administrés sans effort. J'ai répété le cathétérisme sur le cadavre, la tumeur étant en place, sans éprouver de résistance. Enfin en pressant légèrement sur la cystocèle, l'urine, comme nous l'avons dit, s'écoule largement. C'est en réunissant toutes ces circonstances qu'il nous est permis de suppléer aux commémoratifs, et de dire que les troubles fonctionnels n'ont point été comparables à ceux que l'on serait en droit de supposer *à priori*.

BIBLIOGRAPHIE

Barrière (**de La**). — *De la cystocèle inguinale.* Th. de Paris, 1881.

Bartholin. — *Historiarum anatomicarum rarum*, 1657. Hist. XXVIII.

Beyser (Aug.). — *Die Lehre von den Oblasenbrüchen.* Giessen, 1867.

Blancard. — *Anatomie pratique.*

Blégny. — *Traité des hernies*, 3e édit., 1688.

Boyer. — *Traité pratique des maladies chirurgicales*, t. IV.

Broca. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1883.

Camper (Petri). — *Demonstrationum anatomo-pathol. liber secundus de pelvis humanæ fabrica.* Amsterdami, 1762, p. 18.

Championnière (J.-L.). — *Cure radicale des hernies*, 1892.

Divoux. — *Dissertatio medico-chirurgicalis de vesicæ urinalis hernia*, prœside D. Salzmann. Argentines, 1732.

Duchaussoy. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1853.

Duplay et **Reclus.** — *Traité de chirurgie.*

Duret. — *Des variétés rares de hernie inguinale.* Th. agrég. Paris, 1883.

English (Jos.). — Zur Entwicklung der Blasenbrüche. *Strickers Jahrbücher.* Wien, 1877, p. 97.

Feilchenfeld. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1887.

Follin et **Duplay.** — *Pathologie externe.*

Garrengeot. — *Opér. de chirurgie.*

Gérard-Marchand. — *Bull. Soc. anatomique*, 1875.

Guelliot. — *Revue de chirurgie*, 1889.

Gunzius (J. L.). — *Observat. anat. chir. de hernia*, Lipsiæ, 1744.

Hedrich. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1890. — Recherches pratiques sur le diagnostic et le traitement de la cystocèle inguinale rencontrée au cours d'une kélotomie.

— *Gazette médicale de Strasbourg*, 1890. Contribution à la cure radicale de la cystocèle inguinale.

Heist et **Platner.** — *Inst. chirurg.*

Krœnlein. — *Arch. für Klin. Chirurg.*, 1876, t. XIX, p. 420.

La Faye. — *Opérations de chirurgie.*

Landouzy. — *Bull. Soc. anat.*, 1876.

Larabrie. — *Bull. Soc. anat.*, 1881, p. 54.

Ledran. — *Opérations de chirurgie.*

Leroux (Ch.). — Note sur la cystocèle inguinale. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880, t. IV, p. 367.

Levret. — *Observations sur la cure des polypes utérins.*

Méry. — *Mémoire de l'Académie royale des sciences*, 1713.

Monod et **Delagénière.** — *Revue de chirurgie.* 1889.

Monro. — *Essai d'observations de médecine de la Société d'Edimbourg.* Art. XV.

Nélaton. — *Éléments de pathologie chirurgicale.*

Perrin (M. C.). — *Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 412.

Petit. — *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 1717.

Peyrot. — *Manuel de pathologie externe.*

Piedvache. — *Bull. Soc. anat.*, 1861.

Schmidt (B.). — In Billroth u. Pitha. *Handbuch der chirurg.* Wien, 1882

Sharp. — *Recherches critiques sur l'état présent de la chirurgie*, 1751.

Stalpart von der Wiel. — *Observations rares de médecine*, t. I, p. 359-361, 1758.

Thiriar. — *Entretiens chirurgicaux à l'hôpital St-Jean.*

Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, 1888, t. II.

Verdier. — Recherches sur la hernie de la vessie. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV. Paris, 1753.

Verdier. — *Traité pratique des hernies, déplacements et maladies de la matrice*, 1840.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.

J. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.